Manual Técnico Disciplinar

Manual Técnico Disciplinar

Porto Alegre
2ª Edição
2004

Sumário

Apresentação 7

1. Conselhos de Medicina 9
1.1 - História 11
1.2 - Natureza Jurídica 12
1.3 - Conselheiros 12
1.4 - Legislação 13
1.5 - Código de Ética Médica 38
1.6 - Código de Processo Ético-Profissional 51

2. O Segredo Médico - Requisições Judiciais 65

3. Diretor Clínico, Diretor Técnico e Regimento Interno do Corpo Clínico 85

4. Comissão de Ética Médica 115

5. Fiscalização 131

6. Codame 145

7. Delegacias do Cremers 153

8. Setores do Cremers 167
8.1 - Secretaria de Assuntos Técnicos 169
8.2 - Secretaria Operacional 181

9. Tesouraria 198
10. Corregedoria 199
11. Ouvidoria 199
12. Comissões 199

13. Câmaras Técnicas 201

14. Contatos 211

APÊNDICE 215
I - Resoluções do Conselho Federal de Medicina 217
II - Resoluções do Conselho Regional de Medicina 362

Apresentação

O Manual Técnico Disciplinar 2004 tem sua origem no Manual do Delegado, posteriormente transformado em Manual Técnico Disciplinar. Tem por objetivo fundamental disponibilizar aos médicos documentação de fácil manuseio e que contenha normatizações e orientações que regem o exercício da Medicina.

Ele não seria possível sem o apoio permanente da Diretoria e o trabalho anônimo de muitos: Conselheiros, Delegados, membros das Câmaras Técnicas, funcionários e dos médicos e pacientes, razão de ser deste Manual.

Luiz Augusto Pereira
Coordenador

1. Conselhos de Medicina

"A vida é curta, a arte é longa.
A ocasião fugidia, a experiência
enganadora, o julgamento difícil"

Aforismo nº 1, atribuído a Hipócrates.

1. Conselhos de Medicina

1.1 - HISTÓRIA

Criados pelo Decreto-Lei n° 7.955 de 1945, os Conselhos Regionais de Medicina não se implantaram desde logo, devido à necessidade de definir-lhes as atribuições nos moldes de Conselhos de outras profissões.

O Conselho Regional de Medicina, embora criado em 1945, tem, um pouco mais de quatro décadas de existência, de vez que sua efetiva implantação, como moldada na Lei n° 3.268, só começou a efetivar-se ao longo de 1958.

À Lei n° 3.268 de 30 de setembro de 1957, publicada no Diário Oficial da União em 4 de outubro do mesmo ano, seguiu-se o Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado no Diário Oficial da União no dia 25 desse mês, aprovando o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais.

Essa legislação criou o sistema numérico de inscrições que identifica o médico para o exercício da profissão.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul se estruturou, a partir da nova lei, no ano de 1958, embora tenha iniciado sua trajetória no Estado no ano de 1952.

Para a instalação dos regionais, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução n° 1, em 17 de dezembro de 1957, que tem como anexo o modelo de formulário para inscrição nos CRMs.

A Lei 3.268/57, assinada pelo presidente Juscelino Kubitschek, oficializou os CRMs como autarquias federais com poder e dever de fiscalizar o exercício profissional dos médicos.

1.2 - NATUREZA JURÍDICA

Os Conselhos de fiscalização do exercício profissional foram tradicionalmente definidos como autarquias federais, pois exercem atividade que, em princípio, seria do Estado.

Assim, a Lei 3268/57, que instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, define-os como autarquias dotadas de autonomia administrativa e financeira (art. 1º), gozando de personalidade jurídica de direito público.

Em face disso, gozam das prerrogativas e dos deveres das entidades de direito público. O diferencial é que não recebem verbas públicas, mas contribuições obrigatórias dos profissionais, cujo registro é imprescindível para o exercício da profissão.

Legislação posterior – Lei 6839/80 – determinou que também as pessoas jurídicas que exerçam atividades profissionais – no caso atividade médica – devessem registrar-se nos Conselhos, para efeito da fiscalização do exercício da atividade médica e das condições desse exercício (hospitais, clínicas, etc.).

Mais recentemente, ainda, foi tornado obrigatório o registro das empresas que se dedicam a planos de saúde – Lei 9.656/1998.

Em 1998, Medida Provisória, posteriormente convertida na Lei n.º 9649, transformou a natureza jurídica dos Conselhos em entidades de direito privado.

Todavia, essa Lei teve sua vigência suspensa por liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal, em Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pelo PT, PDT e PC do B. Em razão dessa decisão do STF, os Conselhos voltaram a ter a natureza de autarquias federais – entidades dotadas de personalidade de direito público, com autonomia financeira e administrativa, repristinada a Lei 3268/57.

1.3 – CONSELHEIROS

O Corpo de Conselheiros é composto de membros efetivos e suplentes, eleitos de acordo com as instruções aprovadas em Resolução do Conselho Federal de Medicina, exercendo o mandato pelo prazo de cinco (05) anos, devendo ter domicílio no Estado do Rio Grande do Sul.

Ao Corpo de Conselheiros compete, além do previsto na Lei Federal nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, o seguinte:

- Eleger membros da diretoria e das comissões permanentes;
- Deliberar sobre as questões que lhe forem submetidas;

1.4 - LEGISLAÇÃO

DECRETO 20.931 DE 11/01/1932 - RET 20/01/1932

Regula e Fiscaliza o Exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das Profissões de Farmacêutico, Parteira e Enfermeira, no Brasil, e Estabelece Penas. (artigos 1 a 44)

ART.1º - O exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeiro, fica sujeito à fiscalização na forma deste decreto.

ART.2º - Só é permitido o exercício das profissões enumeradas no artigo 1° em qualquer ponto do território nacional a quem se achar habilitado nelas de acordo com as leis federais e tiver título registrado na forma do ART.5º deste decreto.

ART.3º - Os optometristas, práticos de farmácia, massagistas e duchistas estão também sujeitos à fiscalização, só podendo exercer a profissão respectiva se provarem a sua habilitação a juízo da autoridade em vigor.

ART.4º - Os graduados por escolas ou universidades estrangeiras só podem exercer a profissão após submeterem-se a exame de habilitação, perante as faculdades brasileiras, de acordo com as leis federais em vigor.

ART.5º - É obrigatório o registro do diploma dos médicos e demais profissionais a que se refere o ART.1º no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente.

ART.6º - Os médicos e os cirurgiões dentistas são obrigados a notificar no primeiro trimestre de cada ano, à autoridade sanitária da localidade onde clinicarem, ou, em sua falta, à autoridade policial, a sede dos de seus consultórios ou residências, a fim de serem organizados o cadastro médico e o cadastro odontólogico local.

ART.7º - A Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública, fará publicar mensalmente no Diário Oficial, a relação dos profissionais cujos títulos tiverem sido registrados, organizando, anualmente, com as alterações havidas a relação completa dos mesmos.

ART.8º - As autoridades municipais, estaduais, e federais só podem receber impostos relativos ao exercício da profissão médica, mediante apresentação de prova de se achar o diploma do interessado devidamente registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública e nas repartições sanitárias estaduais competentes.

ART.9º - Nas localidades onde não houver autoridade sanitária, compete às autoridades policiais e judiciárias verificar se o profissional se acha devidamente habilitado para o exercício da sua profissão.

ART.10 - Os que, mediante anúncios ou outro qualquer meio, se propuserem ao exercício da medicina ou de qualquer dos seus ramos, sem título devidamente registrados, ficam sujeitos, ainda que se entreguem excepcionalmente a essa atividade, às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da medicina.

ART.11 - Os médicos, farmacêuticos, cirurgiões dentistas, veterinários, enfermeiros e parteiras que cometerem falta grave ou erro de ofício, poderão ser suspensos do exercício da sua profissão pelo prazo de 6 meses a 2 anos, e se exercem função pública, serão demitidos dos respectivos cargos.

ART.12 - A penalidade de suspensão será imposta no Distrito Federal pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, depois de inquérito administrativo apreciado por três profissionais de notório saber e probidade, escolhidos um pelo Ministro da Educação e Saúde Pública, um pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e um pelo diretor do Departamento Nacional do Ensino, e nos Estados pelo respectivo diretor dos serviços sanitários, após inquérito administrativo procedido por uma comissão de três profissionais, escolhidos um pelo secretário do Interior do Estado, um pelo diretor do serviço sanitário e um pelo juiz seccional federal. Em qualquer caso da aplicação da penalidade cabe recurso para o Ministro da Educação e Saúde Pública.

ART.13 - Os que apresentarem oposição ou embaraço de qualquer ordem à ação fiscalizadora da autoridade sanitária, ou que a desacatarem no exercício de suas funções, ficam sujeitos a multa de 2:000$ a 5.000$, cobrável executivamente sem prejuízo da ação penal por desacato à autoridade que poderá ter lugar por denúncia do Ministério Público, na Justiça Federal, ou por denúncia dos órgãos competentes da Justiça Estadual.

ART.14 - Podem continuar a clinicar nos respectivos Estados, os médicos, cirurgiões dentistas e veterinários que na data da publicação do presente decreto forem portadores de diplomas expedidos por escolas reconhecidas e fiscalizadas pelos governos estaduais, bem como os médicos, cirurgiões dentistas e veterinários diplomados por faculdades estrangeiras, com mais de 10 anos de clínica no país, que comprovarem a idoneidade da escola por onde tenham se formado, a juízo da autoridade sanitária.

ART.15 - São deveres dos médicos:

a) notificar dentro do primeiro trimestre de cada ano à Inspetoria da Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Distrito Federal, à autoridade sanitária local ou na sua ausência à autoridade policial, nos Estados, a sede do seu consultório ou a sua residência para organização do cadastro médico regional (ART. 6º);

b) escrever as receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou consultório;

c) ratificar em suas receitas a posologia dos medicamentos, sempre que esta for anormal, eximindo assim o farmacêutico de responsabilidade no seu aviamento;

d) observar fielmente as disposições regulamentares referentes às doenças de notificação compulsória;

e) atestar o óbito em impressos fornecidos pelas repartições sanitárias, com a exata "causa mortis", de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demografo-sanitária;

f) mencionar em seus anúncios somente os títulos científicos e a especialidade.

ART.16 - É vedado ao médico:

a) ter consultório comum com indivíduo que exerça ilegalmente a medicina;

b) receitar sob forma secreta, como a de código ou número;

c) indicar em suas receitas determinado estabelecimento farmacêutico, para as aviar, ou dar consulta em local contíguo a estabelecimento farmacêutico, em circunstâncias que induzam, a juízo do Departamento Nacional de Saúde, a existência de quaisquer ligações com o mesmo.
Alínea "c" com redação dada pelo Decreto número 26.747, de 3-6-1949.

d) atestar o óbito de pessoa a quem não tenha prestado assistência médica;

e) firmar atestados sem praticar os atos profissionais que os justifiquem;

f) dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica;

g) fazer parte, quando exerça a clínica, de empresa que explore a indústria farmacêutica ou seu comércio. Aos médicos autores de fórmulas de especialidades farmacêuticas, serão, porém assegurados os respectivos direitos, embora não as possam explorar comercialmente, desde que exerçam a clínica;
h) exercer simultaneamente as profissões de médico e farmacêutico quando formado em medicina e farmácia, devendo optar por uma delas, do que deverá ser dado conhecimento, por escrito, ao Departamento Nacional de Saúde Pública;
i) assumir a responsabilidade de tratamento médico dirigido por quem não for legalmente habilitado;
j) anunciar a cura de doenças consideradas incuráveis segundo os atuais conhecimentos científicos;
k) assumir a responsabilidade como assistentes, salvo nas localidades onde não houver outro médico, do tratamento de pessoa da própria família, que viva sob o mesmo teto, que esteja acometida de doença grave ou toxicomaníaca, caso em que apenas pode auxiliar o tratamento dirigido por médico estranho a família;
l) recusar-se a passar atestado de óbito de doente a quem venha prestando assistência médica, salvo quando houver motivo justificado, do que deverá dar ciência, por escrito, à autoridade sanitária;
m) manter a publicação de conselhos e receitas a consulentes por correspondência ou pela imprensa.

ART.17 - As associações religiosas ou de propaganda doutrinária onde forem dadas consultas médicas ou fornecidos medicamentos, ficam sujeitas, nas pessoas de seus diretores, ou responsáveis, às multas estabelecidas no regulamento sanitário e às penas previstas no Código Penal.

§ 1 - Se alguém, não se achando habilitado para exercer a medicina, se valer de uma dessas associações para exercê-la, ficará sujeito às mesmas penalidades em que devem incorrer o diretor ou responsável.

§ 2 - Se qualquer associação punida na forma deste artigo reincidir na infração, a autoridade sanitária ordenará, administrativamente, o fechamento da sua sede.

ART.18 - Os profissionais que se servirem do seu título para a prescrição ou administração indevida de tóxicos entorpecentes, além de serem responsabilizados criminalmente serão suspensos do exercício da sua profissão pelo prazo de um a cinco anos, e demitidos de qualquer cargo público que exerçam.

Parágrafo único. A aplicação da penalidade estabelecida neste artigo dependerá de condenação do infrator, salvo quando este houver sido autuado em flagrante no momento em que administrava o tóxico.

ART.19 - Não é permitido o uso continuado de entorpecentes no tratamento de doenças ou afecções para o qual sejam admissíveis ou recomendáveis outro recursos terapêuticos, salvo quando, em conferência médica, na qual deve tomar parte a autoridade sanitária, ficar demonstrada a necessidade imprescindível do uso continuado de medicação dessa natureza.

ART.20 - O médico, cirurgião-dentista, ou veterinário que, sem causa plenamente justificada, prescrever continuadamente entorpecentes, será declarado suspeito pela Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou pela autoridade sanitária local, ficando sujeito seu receituário a rigorosa fiscalização. Verificadas nele irregularidades em inquérito administrativo, ser-lhe-á cassada a faculdade de prescrever entorpecentes, sem prévia fiscalização da autoridade sanitária, ficando as farmácias proibidas de aviar suas receitas, sem o "visto" prévio da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou da autoridade sanitária local.

ART.21 - Ao profissional que prescrever ou administrar entorpecentes para alimentação da toxicomania será cassada pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Distrito Federal, e nos Estados pelo respectivo diretor dos serviços sanitários, a faculdade de receitar essa medicação, pelo prazo de um a cinco anos, devendo ser o fato comunicado às autoridades policiais para a instauração do competente inquérito e processo criminal.

ART.22 - Os profissionais que forem toxicômanos serão sujeitos a exame médico legal, não lhes sendo permitido prescrever entorpecentes pelo espaço de 1 a 5 anos.

ART.23 - Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio. Esses doentes serão internados obrigatoriamente em estabelecimentos hospitalares, devendo os médicos assistentes comunicar a internação à Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Publica ou à autoridade sanitária local e apresentar- lhe o plano clínico para a desintoxicação. Nesses casos as receitas deverão ser individuais e ficarão sujeitas ao "visto" prévio da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina do Departamento Nacional de Saúde Pública ou da autoridade sanitária local.

ART.24 - Os institutos hospitalares de qualquer natureza, públicos ou particulares, os laboratórios de análises e pesquisas clínicas,

os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, fisioterapia e os estabelecimentos de duchas ou banhos medicinais, só poderão funcionar sob responsabilidade e direção técnica de médicos ou farmacêuticos, nos casos compatíveis com esta profissão, sendo indispensável para o seu funcionamento licença da autoridade sanitária.

ART.25 - Os institutos de beleza, sem direção médica, limitar-se-ão aos serviços compatíveis com sua finalidade, sendo terminantemente proibida aos que neles trabalham a prática de intervenções de cirurgia plástica, por mais rudimentares que sejam, bem como a aplicação de agentes fisioterápicos e a prescrição de medicamentos.

ART.26 - Os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, de fisioterapia e de ortopedia, serão licenciados e fiscalizados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública ou pela autoridade local. A licença será concedida ao responsável pelo estabelecimento e só poderá ser fornecida após a competente inspeção sanitária, devendo a transferência de local ou a substituição do responsável ser previamente requerida à Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina ou à autoridade sanitária local.

ART.27 - Os estabelecimentos eletro, rádio e fisioterápicos e ortopédicos só poderão funcionar sob a direção técnica profissional de médico cujo nome será indicado no requerimento dos interessados à autoridade sanitária competente, salvo se esses estabelecimentos forem de propriedade individual de um médico.

ART.28 - Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada, poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal. No requerimento de licença para o seu funcionamento deverá o diretor técnico do estabelecimento enviar à autoridade sanitária competente a relação dos profissionais que nele trabalham, comunicando-lhe as alterações que forem ocorrendo no seu quadro.

ART.29 - A direção dos estabelecimentos destinados a abrigar indivíduos que necessitem de assistência médica e se achem impossibilitados, por qualquer motivo, de participar da atividade social, e especialmente os destinados a acolher parturientes, alienados, toxicômanos, inválidos, etc., será confiada a um médico especialmente habilitado e a sua instalação deverá ser conforme os preceitos científicos de higiene, com adaptações especiais aos fins a que se destinarem. O

diretor técnico deverá facultar à autoridade sanitária a livre inspeção do estabelecimento sob sua direção, determinando o seu fechamento quando assim o exigir a autoridade sanitária, por motivo de conveniência pública ou de aplicação de penalidade, imposta por infração dos dispositivos do regulamento sanitário.

§ 1 - O diretor técnico que requerer à autoridade sanitária a competente licença para a abertura dos estabelecimentos citados nos artigos precedentes, deverá pedir baixa de sua responsabilidade sempre que se afastar da direção.

§ 2 - Esses estabelecimentos terão um livro especial, devidamente rubricado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro dos internos, com todas as especificações de identidade, e a anotação de todas as ocorrências verificadas desde a entrada até a saída do internado.

ART.30 - O cirurgião-dentista somente poderá prescrever agentes anestésicos de uso tópico e medicamento de uso externo para os casos restritos de sua especialidade.

ART.31 - Ao cirurgião-dentista é vedado praticar intervenções cirúrgicas que exijam conhecimentos estranhos à sua profissão, bem como permitir o exercício da clínica odontológica, em seu consultório, a indivíduo não legalmente habilitado para exercê-la.

ART.32 - O material existente em consultório dentário, cujo funcionamento não esteja autorizado pela autoridade sanitária ou que seja utilizado por quem não tiver diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública, será apreendido e remetido para o depósito público.

ART.33 - É terminantemente proibida aos protéticos a instalação de gabinetes dentários, bem como o exercício da clínica odontológica.

ART.34 - É proibido às farmácias aviar receituário de médicos veterinários que não tiverem seus diplomas devidamente registrados no Departamento Nacional de Saúde Pública.

ART.35 - Nas receitas deve o veterinário determinar o animal a que se destina a medicação, e indicar o local onde é encontrado bem como o respectivo proprietário, mencionando a qualidade de veterinário após a assinatura da receita.

ART.36 - As parteiras e enfermeiras especializadas em obstetrícia deve limitar-se aos cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos casos normais, e em qualquer anormalidade devem reclamar a presença de um médico, cabendo-lhes a responsabilidade pelos acidentes atribuíveis à imperícia da sua intervenção.

ART.37 - É vedado às parteiras:

a) prestar assistência médica a mulheres e crianças fora do período do parto, ou realizar qualquer intervenção cirúrgica;

b) recolher as parturientes e gestantes para tratamento em sua residência ou em estabelecimentos sob a sua direção imediata ou mediata;
c) manter consultório para exames e prática de curativos;
d) prescrever medicações, salvo a que for urgentemente reclamada pela necessidade de evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente, do feto ou recém-nascido. Nesses casos, porém,
e) como em todos os que se revestem de qualquer anormalidade, a presença do médico deve ser reclamada pela parteira, que tomará providências apenas até que chegue o profissional.

ART.38 - É terminantemente proibido aos enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas a instalação de consultórios para atender clientes, devendo o material aí encontrado ser apreendido e remetido para o depósito público, onde será vendido judicialmente a requerimento da Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública, a quem a autoridade competente oficiará nesse sentido. O produto do leilão judicial será recolhido ao Tesouro, pelo mesmo processo que as multas sanitárias.

ART.39 - É vedado às casas de ótica confeccionar e vender lentes de grau sem prescrição médica, bem como instalar consultórios médicos nas dependências dos seus estabelecimentos.

ART.40 - É vedado às casas que comerciam em artigos de ortopedia, ou que os fabricam, vender ou aplicar aparelhos protéticos, contensivos, corretivos ou imobilizadores, sem a respectiva prescrição médica.

ART.41 - As casas de ótica, ortopedia e os estabelecimentos eletro, rádio e fisioterápicos de qualquer natureza devem possuir um livro devidamente rubricado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro das prescrições médicas.

ART.42 - A infração de qualquer dos dispositivos do presente decreto será punida com a multa de 2:000$ a 5:000$ conforme a sua natureza, a critério da autoridade autuante, sem prejuízo das penas criminais. Estas penalidades serão discriminadas em cada caso no regulamento.

Parágrafo único. Nos casos de reincidência na mesma infração dentro do prazo de 2 anos, a multa será duplicada a cada nova infração.

ART.43 - Os processos criminais previstos neste decreto, terão lugar por denúncia da Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública, na Justiça do Distrito Federal, ou por denúncia do órgão competente, nas justiças, mediante solicitações da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina ou de qualquer outra autoridade competente.

ART.44 - Revogam-se as disposições em contrário.

LEI 3.268 DE 30/09/1957 - DOU 01/10/1957

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras Providências

Artigo 1° - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-Lei número 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Artigo 2° - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Artigo 3° - Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Artigo 4° - O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 10 (dez) membros e outros tantos suplentes, de nacionalidade brasileira.

Parágrafo único. Dos 10 (dez) membros e respectivos suplentes do Conselho Federal, 9 (nove) serão eleitos, por escrutínio secreto e maioria absoluta de votos em assembléia dos delegados dos Conselhos Regionais, e o restante pela Associação Médica Brasileira.

Artigo 5° - São atribuições do Conselho Federal:

a) organizar o seu regimento interno;
b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;
c) eleger o presidente e o secretário geral do Conselho;
d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;
e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;
f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;

g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las;
i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

Artigo 6° - O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 5 (cinco) anos.

Artigo 7° - Na primeira reunião ordinária do Conselho Federal será eleita a sua diretoria, composta de presidente, vice-presidente, secretário geral, primeiro e segundo secretários, tesoureiro, na forma do regimento.

Artigo 8° - Ao presidente do Conselho Federal compete a direção do mesmo Conselho, cabendo-lhe velar pela conservação do decoro e da independência dos Conselhos de Medicina e pelo livre exercício legal dos direitos de seus membros.

Artigo 9° - O secretário geral terá a seu cargo a secretaria permanente do Conselho Federal.

Artigo 10 - O presidente e o secretário geral residirão no Distrito Federal durante todo o tempo de seus mandatos.

Artigo 11 - A renda do Conselho Federal será constituída de:
a) 20% (vinte por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos;
b) 1/3 (um terço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;
c) 1/3 (um terço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
d) doações e legados;
e) subvenções oficiais;
f) bens e valores adquiridos;
g) 1/3 (um terço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Artigo 12 - Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado, na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, quando o Conselho tiver até 50 (cinqüenta) médicos inscritos, de 10 (dez), até 150 (cento e cinqüenta) médicos inscritos, de 15 (quinze), até 300 (trezentos) médicos inscritos, e, finalmente, de 21 (vinte e um), quando excedido esse número.

Artigo 13 - Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido pela Associação Médica Brasileira, serão eleitos, em escrutínio secreto em assembléia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gozo de seus direitos.

Parágrafo 1 - As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na primeira reunião ordinária dos mesmos.

Parágrafo 2 - O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será meramente honorífico, e exigida como requisito para eleição a qualidade de brasileiro nato ou naturalizado.

Artigo 14 - A diretoria de cada Conselho Regional compor-se-á de presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários e tesoureiro.

Parágrafo único. Nos Conselhos Regionais onde o quadro abranger menos de 20 (vinte) médicos inscritos poderão ser suprimidos os cargos de vice-presidente e os de primeiro ou segundo secretários, ou alguns destes.

Artigo 15 - São atribuições dos Conselhos Regionais:

a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
c) fiscalizar o exercício de profissão de médico;
d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;
f) expedir carteira profissional;
g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos;
h) promover, por todos os meios a seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
j) exercer os atos de jurisdição que por Lei lhes sejam cometidos;
k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Artigo 16 - A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

a) taxa de inscrição;
b) 2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;
c) 2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;

d) 2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com a alínea "d" do ART.22;
e) doações e legados;
f) subvenções oficiais;
g) bens e valores adquiridos.

Artigo 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Artigo 18 - Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habilitará ao exercício da medicina em todo o País.

Parágrafo 1 - No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente a medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

Parágrafo 2 - Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

Parágrafo 3 - Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

Parágrafo 4 - No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades.

Artigo 19 - A carteira profissional, de que trata o ART.18, valerá com documento de identidade e terá fé pública.

Artigo 20 - Todo aquele que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Artigo 21 - O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional em que estavam inscritos ao tempo do fato punível, ou em que ocorreu, no termos do ART.18,§ 1.

Parágrafo único. A jurisdição disciplinar estabelecida neste artigo não derroga a jurisdição comum quando o fato constitua crime punido em lei.

Artigo 22 - As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

a) advertência confidencial em aviso reservado;
b) censura confidencial em aviso reservado;
c) censura pública em publicação oficial;
d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
e) cassação do exercício profissional, "ad referendum" do Conselho Federal.

Parágrafo 1 - Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

Parágrafo 2 - Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de ofício ou em conseqüência de representação de autorização, de qualquer membro, ou de pessoa estranha ao Conselho interessada no caso.

Parágrafo 3 - À deliberação do Conselho precederá sempre audiência do acusado, sendo-lhe dado defensor no caso de não ser encontrado, ou for revel.

Parágrafo 4 - Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspensivo, salvo os casos das alíneas "c", "e" e "f", em que o efeito será suspensivo.

Parágrafo 5 - Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados à via judiciária para as ações que forem devidas.

Parágrafo 6 - As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhadas da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

Artigo 23 - Constituem a assembléia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos, que se achem no pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

Parágrafo único. - A assembléia geral será dirigida pelo presidente e os secretários do Conselho Regional respectivo.

Artigo 24 - À assembléia geral compete:

I - Ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria.

Para esse fim se reunirá ao menos uma vez por ano, sendo que nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias antes da data fixada para essa eleição;

II -autorizar a alienação de imóveis do patrimônio do Conselho;

III - fixar ou alterar as taxas de contribuições cobradas pelo Conselho pelos serviços praticados;

IV - deliberar sobre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela Diretoria;

V - eleger um delegado e um suplente para eleição dos membros e suplentes do Conselho Federal.

Artigo 25 - A assembléia geral, em primeira convocação, reunir-se-á com a maioria absoluta de seus membros e, em segunda convocação, com qualquer número de membros presentes.

Parágrafo único. As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos presentes.

Artigo 26 - O voto é pessoal e obrigatório em toda eleição, salvo doença ou ausência comprovadas plenamente.

Parágrafo 1 - Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de Cr$ 200,00 (duzentos cruzeiros) dobrada na reincidência.

Parágrafo 2 - Os médicos que se encontrarem fora da sede das eleições, por ocasião destas, poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada, e remetida pelo correio, sob registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

Parágrafo 3 - Serão computadas as cédulas recebidas, com as formalidades do parágrafo precedente, até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o segredo do voto.

Parágrafo 4 - As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação, com 30 (trinta) dias de antecedência.

Parágrafo 5 - As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo, quando haja mais de duzentos volantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores, ou médicos inscritos, designados pelo Conselho.

Parágrafo 6 - Em cada eleição, os votos serão recebidos durante 6 (seis) horas contínuas pelo menos.

Artigo 27 - A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública, na data da presente lei, será feita independente da apresentação de títulos, diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Artigo 28 - O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados, Territórios e Distrito Federal, onde não houverem ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação, dentro de

180 (cento e oitenta) dias, da assembléia geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Artigo 29 - O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros dos Conselhos Regionais já instalados e dos que vierem a ser organizados.

Artigo 30 - Enquanto não for elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais o Código de Deontologia Médica, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.

Artigo 31 - O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência do Servidores do Estado, em conformidade com o ART.2 do Decreto-Lei número 3.347, de 12 de junho de 1941.

Artigo 32 - As diretorias provisórias, a que se refere o ART.28, organizarão a tabela de emolumentos devidos pelos inscritos, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal.

Artigo 33 - O Poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos a fim de que sejam empregados na constatação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Artigo 34 - O Governo Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Territórios, tanto quanto possível em edifícios públicos.

Artigo 35 - O Conselho Federal de Medicina elaborará o projeto de decreto de regulamentação desta lei, apresentando-o ao Poder Executivo dentro em 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Artigo 36 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto-Lei número 7.955, de 13 de setembro de 1945, e disposições em contrário.

DECRETO 44.045 DE 19/07/1958 - DOU 25/07/1958

Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se Refere a Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957.

ART.1º - Fica aprovado o Regulamento do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina que, assinado pelo Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, com este baixa.

ART.2º - Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CAPÍTULO I - Da Inscrição (artigos 1º a 6º)

ART.1º - Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas.

ART.2º - O pedido de inscrição do médico deverá ser dirigido ao Presidente do competente Conselho Regional de Medicina, com declaração de:

a) nome por extenso;
b) nacionalidade;
c) estado civil;
d) data e lugar do nascimento;
e) filiação; e
f) Faculdade de Medicina pela qual se formou, sendo obrigatório o reconhecimento da firma do requerente.

§ 1 - O requerimento de inscrição deverá ser acompanhado da seguinte documentação:

a) original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura, devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura;
b) prova de quitação com o serviço militar (se for varão);
c) prova de habilitação eleitoral;
d) prova de quitação do imposto sindical;
e) declaração dos cargos particulares ou das funções públicas de natureza médica que o requerente tenha exercido antes do presente Regulamento;

f) prova de revalidação do diploma de formatura, de conformidade com a legislação em vigor, quando o requerente, brasileiro ou não, se tiver formado por Faculdade de Medicina estrangeira; e

g) prova de registro no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

§ 2 - Quando o médico já tiver sido registrado pelas Repartições do Ministério de Saúde até trinta (30) de setembro de 1957, sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina prescindirá da apresentação de diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, contanto que conste prova de registro naquelas Repartições do Ministério da Saúde.

§ 3 - Além dos documentos especificados nos parágrafos anteriores, os Conselhos Regionais de Medicina poderão exigir dos requerentes ainda outros documentos que sejam julgados necessários para a complementação da inscrição.

ART.3º - A efetivação real do registro do médico só existirá depois da sua inscrição nos assentamentos dos Conselhos Regionais de Medicina e também depois da expedição da Carteira Profissional estatuída nos artigos 18 e 19 da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, cuja obtenção pelos interessados exige o pagamento prévio desse documento e o pagamento prévio da primeira anuidade, nos termos do ART.7º, parágrafos 1 e 2, do presente Regulamento.

Parágrafo único. Para todos os Conselhos Regionais de Medicina serão uniformes as normas de processar os pedidos de inscrição, os registros e a expedição da Carteira Profissional, valendo esta como prova de identidade e cabendo ao Conselho Federal de Medicina disciplinar por "atos resolutórios" a matéria constante deste artigo.

ART.4º - O pedido de inscrição a que se refere o artigo anterior, poderá ser feito por procurador quando o médico a inscrever-se não possa deslocar-se de seu local de trabalho. Nesses casos, ser-lhe-ão enviados registrados pelo Correio, por intermédio do Tabelião da Comarca, os documentos a serem por ele autenticados, a fim de que o requerente, em presença do Tabelião, os assine e neles aponha a impressão digital da mão direita, dentro do prazo máximo de três (3) dias, devolvendo-os com a firma reconhecida ao Presidente do Conselho Regional, que então autorizará a expedição da carteira e a inscrição.

ART.5º - O pedido de inscrição do médico será denegado quando:

a) o Conselho Regional de Medicina ou, em caso de recurso, o Conselho Federal de Medicina, não julgarem hábil ou considerarem insuficiente o diploma apresentado pelo requerente;

b) nas mesmas circunstâncias da alínea precedente, não se encontrarem em perfeita ordem os documentos complementares anexados pelo interessado;
c) não tiver sido satisfeito o pagamento relativo à taxa de inscrição correspondente.

ART.6º - Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito a instalação do seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

§ 1 - Quando houver mudança de sede de trabalho, bem como no caso de abandono temporário ou definitivo da profissão, obedecer-se-á às disposições dos parágrafos 1, 2, 3 e 4 do ART.18 da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, pagando nova anuidade ao Conselho da Região onde passar a exercer a profissão.

CAPÍTULO II - Das Taxas, Carteiras Profissionais e Anuidades (artigos 7º a 9º)

ART.7º - Os profissionais inscritos de acordo com o que preceitua a Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, ficarão obrigados ao pagamento de anuidades a serem fixadas pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1 - O pagamento da anuidade será efetuado até o dia 31 do mês de março de cada ano, salvo no primeiro ano, quando será feito na ocasião da expedição da carteira profissional do interessado.

§ 2 - O pagamento de anuidades fora do prazo prescrito no parágrafo antecedente será efetuado com acréscimo de 20% (vinte por cento) da importância fixada.

ART.8º - Os profissionais inscritos na forma da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957 pagarão no ato do pedido de sua inscrição, uma taxa de inscrição fixada pelo Conselho Federal de Medicina.

ART.9º - Ao médico inscrito de acordo com o presente Regulamento será entregue, mediante pagamento de taxa específica de expedição de carteira profissional e fixada pela Assembléia Geral, uma carteira profissional numerada e registrada no Conselho Regional, contendo:

a) nome por extenso;
b) filiação;
c) nacionalidade e naturalidade;
d) data do nascimento;

e) designação da Faculdade de Medicina diplomadora;
f) número da inscrição anotada nesse Conselho Regional;
g) data dessa mesma inscrição;
h) retrato do médico, de frente, de 3 x 4 cm, exibindo a data dessa fotografia;
i) assinatura do portador;
j) impressão digital do polegar da mão direita;
k) data em que foi diplomado;
l) assinaturas do Presidente e do Secretário do Conselho Regional;
m) mínimo de três (3) folhas para vistos e anotações sobre o exercício da medicina;
n) mínimo de três (3) folhas para anotações de elogios, impedimentos e proibições;
o) declaração da validade da carteira como documento de identidade e de sua fé pública (ART.19 da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957);
p) denominação do Conselho Regional respectivo.

Parágrafo único. O modelo da Carteira Profissional a que se refere o ART.18 da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, será uniforme para todo o País e fixado pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO III - Das Penalidades nos Processos Ético-Profissionais (artigos 10 a 23)

ART.10 - Os processos relativos às infrações dos princípios da ética profissional deverão revestir a forma de "autos judiciais", sendo exarados em ordem cronológica os seus pareceres e despachos.

ART.11 - As queixas ou denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina, decalcadas em infração ético-profissional, só serão recebidas quando devidamente assinadas e documentadas.

ART.12 - Recebida a queixa ou denúncia, o Presidente a encaminhará a uma Comissão de Instrução, que, ordenará as providências específicas para o caso e, depois de serem elas executadas, determinará, então, a intimação do médico ou da pessoa jurídica denunciados para, no prazo de trinta dias a contar da data do recebimento dessa intimação, oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes.

§ 1 - A instrução a que se refere este artigo poderá ser feita mediante depoimento pessoal do queixoso ou denunciante, arrolamento de testemunhas, perícias e demais provas consideradas hábeis.

§ 2 - A ambas as partes é facultada a representação por advogados militantes.

ART.13 - As intimações poderão processar-se pessoalmente e ser certificadas nos autos, ou por carta registrada cuja cópia será a estes anexada, juntamente com o comprovante do registro. Se a parte intimada não for encontrada, ou se o documento de intimação for devolvido pelo Correio, será ela publicada por edital em Diário Oficial do Estado, dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na região.

ART.14 - Somente na Secretaria do Conselho Regional de Medicina poderão as partes ou seus procuradores ter "vista" do processo, podendo, nesta oportunidade, tomar as notas que julgarem necessárias à defesa.

Parágrafo único. É expressamente vedada a retirada de processos pelas partes ou seus procuradores, sob qualquer pretexto, da Secretaria do Conselho Regional, sendo igualmente vedado lançar notas nos autos ou sublinhá-los de qualquer forma.

ART.15 - Esgotado o prazo de contestação, juntada ou não a defesa, a Secretaria do Conselho Regional remeterá o processo ao Relator designado pelo Presidente para emitir parecer.

ART.16 - Os processos atinentes à ética profissional terão, além do relator, um revisor, também designado pelo Presidente, e os pareceres de ambos, sem transitarem em momento algum pela Secretaria, só serão dados a conhecer na sessão plenária de julgamento.

Parágrafo único. Quando estiver redigido, o parecer do relator deverá ser entregue, em sessão plenária e pessoalmente, ao Presidente, e este, também pessoalmente, passará o processo às mãos do revisor, respeitados os prazos regimentais.

ART.17 - As penas disciplinares aplicáveis aos infratores da ética profissional são as seguintes:

a) advertência confidencial, em aviso reservado;

b) censura confidencial, em aviso reservado;

c) censura pública em publicação oficial;

d) suspensão do exercício profissional, até 30 (trinta) dias; e

e) cassação do exercício profissional.

ART.18 - Da imposição de qualquer das penalidades previstas nas letras, "a", "b", "c", "d" e "e" do ART.22 da Lei número 3.268, de 30 de setembro de 1957, caberá sempre recurso de apelação para o Conselho Federal de Medicina, respeitados os prazos e efeitos preestabelecidos nos seus parágrafos.

ART.19 - O recurso de apelação poderá ser interposto:

a) por qualquer das partes;

b) "ex-officio".

Parágrafo único. O recurso de apelação será feito mediante petição e entregue na Secretaria do Conselho Regional dentro do prazo de trinta (30) dias a contar da data da cientificação ao interessado da decisão do julgamento, na forma do ART.13 deste Regulamento.

ART.20 - Depois da competente "vista" ao recorrido que será de dez (10) dias, a contar da ciência do despacho do Presidente, designará este novo Relator para redigir a informação a ser prestada ao Conselho Federal de Medicina.

ART.21 - O recurso "ex-officio" será obrigatório nas decisões de que resultar cassação da autorização para o exercício profissional.

ART.22 - Julgado o recurso em qualquer dos casos e publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para a execução do decidido.

ART.23 - As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina processar-se-ão na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator, como estatuído no § 4 do ART.18 da Lei número 3.268, de 30/09/1957.

Parágrafo único. No caso de cassação do exercício profissional, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

CAPÍTULO IV - Das Eleições (artigos 24 a 31)

ART.24 - Os Conselhos Regionais de Medicina serão instalados nas Capitais de todos os Estados e Territórios, bem como no Distrito Federal onde terão sede, e serão constituídos por:

a) cinco membros, quando a região possuir até cinqüenta (50) médicos inscritos;
b) dez (10) até cento e cinqüenta (150) inscrições;
c) quinze (15), até trezentas (300); e finalmente;
d) vinte e um (21) membros, quando houver mais de trezentas.

Parágrafo único. Haverá para cada Conselho Regional tantos suplentes de nacionalidade brasileira, quantos os membros efetivos que o compõem, como para o Conselho Federal, e que deverão ser eleitos na mesma ocasião dos efetivos, em cédula distinta, cabendo-lhes entrar em exercício em caso de impedimento de qualquer Conselheiro, por mais de trinta dias ou sem caso de vaga, para concluírem o mandato em curso.

ART.25 - O dia e a hora das eleições dos membros dos Conselho Regionais serão fixados pelo Conselho Federal de Medicina, cabendo aos primeiros promover aqueles pleitos, que deverão processar-se por assembléia dos médicos inscritos na Região, mediante escrutínio secreto, entre sessenta (60) e trinta (30) dias antes do término dos mandatos e procedidos de ampla divulgação por editais nos Diários Oficiais do Estado, dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na Região.

ART.26 - Haverá registro das chapas dos candidatos, devendo ser entregues os respectivos pedidos na secretaria de cada Conselho Regional com uma antecedência de pelo menos dez (10) dias da data de eleição, subscritos, no mínimo, por tantos médicos inscritos quantos sejam numericamente os membros componentes desse mesmo Conselho Regional.

§ 1 - o número de candidatos de cada chapa eleitoral será aquele indicado pelo ART.24 deste Regulamento menos um de conformidade com o disposto no artigo 13 da Lei número 3.268, de 30/09/1957.

§ 2 - Nenhum candidato poderá figurar em mais de uma chapa.

§ 3 - Nenhum signatário da chapa eleitoral poderá ser nela incluído.

ART.27 - O voto será pessoal e obrigatório em todas as eleições, salvo doença ou ausência comprovada do votante da Região, devidamente justificadas.

§ 1 - Votarão somente os médicos inscritos na jurisdição de cada Conselho Regional e quando provarem quitação de suas anuidades.

§ 2 - Os médicos eventualmente ausentes da sede das eleições enviarão seus votos em sobrecarta dupla, opaca, fechada e remetida, sob registro, pelo correio, juntamente com ofício ao Presidente do Conselho Regional e com firma reconhecida.

§ 3 - As cédulas recebidas com as formalidades do parágrafo anterior serão computadas até o momento de encerrar-se a votação, sendo aberta a sobrecarta maior pelo Presidente do Conselho Regional, que sem violar o segredo do voto, depositará a sobrecarta menor numa urna especial.

§ 4 - Nas eleições, os votos serão recebidos durante, pelo menos, seis (6) horas contínuas, podendo, a critério do Conselho Regional e caso haja mais de duzentos (200) votantes determinarem-se locais diversos na cidade-sede para recebimentos de votos, quando, então, deverão permanecer em cada local de votação dois (2) diretores ou médicos inscritos, designados pelo Presidente do Conselho.

ART.28 - Para os fins de eleição a Assembléia Geral funcionará de conformidade com o ART.25 da Lei número 3.268, de 30/09/1957.

ART.29 - As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na sua primeira sessão ordinária, de conformidade com os respectivos regimentos internos.

ART.30 - As normas do processo eleitoral relativo aos Conselhos Regionais constarão de Instruções baixadas pelo Conselho Federal, de conformidade com o ART.5, letra "g" e ART.23 da Lei número 3.268, de 30/09/1957.

ART.31 - Por falta injustificada à eleição incorrerá o médico faltoso na multa de duzentos cruzeiros (Cr$ 200,00), dobrada na reincidência.

CAPÍTULO V - Do Conselho Federal de Medicina (artigos 32 a 40)

ART.32 - O Conselho Federal de Medicina será composto de dez (10) membros e de outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, sendo nove (9) deles eleitos por escrutínio secreto perante o próprio Conselho Federal, em assembléia dos Delegados dos Conselhos Regionais, e o restante será eleito pela Associação Médica Brasileira.

ART.33 - Cada Conselho Regional de Medicina promoverá reunião de assembléia geral para eleição de um Delegado eleitor e de seu suplente, entre cem (100) e setenta (70) dias antes do término do mandato dos Membros do Conselho Federal de Medicina, dando ciência ao mesmo do nome do Delegado eleitor, até quinze (15) dias a contar de eleição.

ART.34 - A escolha do Delegado eleitor poderá recair em médicos residentes nas respectivas regiões ou em qualquer das outras, não lhes sendo permitido, todavia, substabelecer credenciais.

ART.35 - Haverá registro de chapas de candidatos ao Conselho Federal de Medicina mediante requerimento assinado, pelo menos, por três (3) Delegados eleitores, em duas vias ao Presidente do mesmo, dentro do prazo de trinta (30) dias e amplamente divulgado pelo Diário Oficial da União e pela imprensa local.

Parágrafo único. Tendo recebido o requerimento, o Presidente do Conselho Federal de Medicina, depois de autenticar a primeira via desse documento com sua assinatura, devolverá a segunda, com o competente recibo de entrega.

ART.36 - A eleição para o Conselho Federal de Medicina será realizada entre vinte e cinco (25) e quinze (15) dias antes do término do mandato dos seus Membros, devendo ser a data escolhida, comunicada aos Conselhos Regionais, com antecedência de trinta (30) dias.

ART.37 - A mesa eleitoral será constituída, pelo menos, por três (3) membros da Diretoria do Conselho Federal.

§ 1 - Depois de lidas as chapas registradas, o Presidente procederá à chamada dos Delegados eleitores, que apresentarão suas credenciais.

§ 2 - Cada Delegado eleitor receberá uma sobrecarta rubricada pelo Presidente da mesa, dirigindo-se ao gabinete indevassável para encerrar as chapas de Conselheiros efetivos e suplentes na sobrecarta que lhe foi entregue.

§ 3 - Voltando do gabinete indevassável, o Delegado assinará a lista dos votantes e, em seguida, depositará o voto na urna.

ART.38 - Terminada a votação a mesa procederá à contagem das sobrecartas existentes na urna, cujo número deverá coincidir com o dos votantes. Verificada tal coincidência, serão abertas as sobrecartas e contadas as cédulas pelos mesários designados para tal fim.

ART.39 - Caso nenhuma das chapas registradas obtenha maioria absoluta de votos no primeiro escrutínio, far-se-á imediatamente um segundo, no qual só serão sufragadas as duas chapas mais votadas.

Parágrafo único. Em caso de empate, serão repetidos tantos escrutínios, quantos sejam necessários para decidir o pleito.

ART.40 - O comparecimento dos Delegados dos Conselhos Regionais de Medicina às eleições para membros do Conselho Federal será obrigatório, aplicando-se as sanções previstas em lei nos casos de ausência injustificada.

CAPÍTULO VI - Das Disposições Gerais (artigos 41 a 43)

ART.41 - O mandato dos Membros dos Conselhos Regionais de Medicina será meramente honorífico e durará cinco (5) anos, como o dos Membros do Conselho Federal de Medicina.

ART.42 - Sempre que houver vagas em qualquer Conselho Regional e não houver suplentes a convocar em número suficiente para que o Conselho funcione, processar-se-ão eleições necessárias ao preenchimento das vagas de membros efetivos e suplentes, na forma das instruções que forem baixadas pelo Conselho Federal e sob a presidência de uma diretoria, que será, segundo as eventualidades:

I. A própria Diretoria do Conselho em questão, se ao menos os ocupantes dos cargos de Presidente, Primeiro Secretário e Terceiro coincidirem com os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos diretores não for suficiente;
II. Diretoria provisória designada pelo Conselho Federal, entre os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos se o número dos primeiros não perfizer o necessário para o preenchimento dos três cargos essenciais, mencionados no item anterior, tudo no caso de não existir nenhum membro da Diretoria efetiva;
III. Diretoria provisória livremente designada pelo Conselho Federal, se não houver conselheiros regionais remanescentes.

Parágrafo único. Os membros efetivos e os suplentes eleitos nas condições do ART.43 concluirão o mandato dos conselheiros que abriram vagas.

ART.43 - Os casos omissos do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO VII - Das Disposições Transitórias (artigos 44 a 47)

ART.44 - Dentro do prazo de trinta (30) dias após a aprovação do presente Regulamento, o Conselho Federal baixará instruções com uma tabela de emolumentos (anuidades, taxas de inscrição, carteiras etc.), a serem cobradas pelos Conselhos Regionais de todo o país.

ART.45 - A exigência da apresentação da carteira profissional do médico, assim como a obrigatoriedade de indicar no seu receituário o respectivo número de sua carteira dos Conselhos Regionais, só se tornarão efetivas a partir de cento e oitenta (180) dias depois da publicação do presente Regulamento.

ART.46 - Os Conselhos Regionais de Medicina providenciarão a feitura ou a reforma de seus Regimentos Internos de conformidade com a Lei número 3.268, de 30/09/1957.

ART.47 - Revogam-se as disposições em contrário.

LEI 6.839 DE 30/10/1980 - DOU 03/11/1980

Dispõe sobre o Registro de Empresas nas Entidades Fiscalizadoras do Exercício de Profissões.

Artigo 1° - O registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício das diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros.

Artigo 2° - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Artigo 3° - Revogam-se as disposições em contrário.

1.5 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Resolução CFM n.º 1.246/1988
Preâmbulo

I. O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.
II. As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.
III. Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.
IV. A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infrigência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.
V. A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades da área de Saúde e dos médicos em geral.
VI. Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

Capítulo I - Princípios Fundamentais

Art. 1° - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2° - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3° - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4° - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 5° - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 6° - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art. 7° - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

Art. 8° - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 9° - A Medicina não pode , em qualquer circunstância, ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10 - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Art. 11 - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 12 - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13 - O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art. 15 - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art. 17 - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 18 - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19 - O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II - Direitos do Médico

É direito do médico:

Art. 20 - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política, ou de qualquer outra natureza.

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Art. 22 - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 25 - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26 - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 28 - Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III - Responsabilidade Profissional

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30 - Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31 - Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32 - Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 33 - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art. 34 - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 38 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 40 - Deixar de esclarecer o trabalhador sobre condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 43 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida.

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 49 - Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art. 50 - Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, em relação à pessoa.

Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Art. 52 - Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 53 - Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único: Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Art. 55 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 61 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1° - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2° - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou ao a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Art. 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 64 - Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Art. 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Art. 68 - Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Art. 71 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

Capítulo VI - Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

É vedado ao médico:

Art. 72 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Art. 74 - Retirar órgão de doador vivo, quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Art. 75 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

Capítulo VII - Relações Entre Médicos

É vedado ao médico:

Art. 76 - Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente no local.

Art. 77 - Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 78 - Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 80 - Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 82 - Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Art. 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art. 84 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art. 85 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Capítulo VIII - Remuneração Profissional

É vedado ao médico:

Art. 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive de convênios.

Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art. 91 - Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 92 - Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Art. 93 - Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Art. 94 - Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 96 - Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.

Art. 97 - Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art. 98 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produto de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art. 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra da influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Art. 100 - Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Art. 101 - Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Capítulo IX - Segredo Médico

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único: Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daque-

las contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109 - Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X - Atestado e Boletim Médico

É vedado ao médico:

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único: O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração de honorários.

Art. 113 - Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Capítulo XI - Perícia Médica

É vedado ao médico:

Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Capítulo XII - Pesquisa Médica

É vedado ao médico:

Art. 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.

Parágrafo único: Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica, ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgão competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

Art. 125 - Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

Art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e ao comportamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art. 128 - Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art. 129 - Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art. 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

Capítulo XIII - Publicidade e Trabalhos Científicos

É vedado ao médico:

Art. 131 - Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132 - Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.

Art. 133 - Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 - Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 - Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 137 - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado: atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executado sob sua orientação.

Art. 138 - Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 - Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 - Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

Capítulo XIV - Disposições Gerais

Art. 141 - O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os

Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 143 - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Art. 144 - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145 - O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética ("DOU", de 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (Resolução CFM n° 1.154 de 13/04/84) e demais disposições em contrário.

1.6 CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.617/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e, consubstanciado nas Leis n.º 6.838, de 29 de outubro de 1980, e Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que as normas do Processo Ético-Profissional devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO as propostas formuladas pelos Conselhos Regionais de Medicina para a elaboração de um novo Código de Processo Ético-Profissional;

CONSIDERANDO as sugestões recebidas das várias Corregedorias, Assessorias Jurídicas dos Conselhos de Medicina e de juristas interessados na Área do Direito Médico;

CONSIDERANDO que a prática cotidiana na utilização do anterior Código de Processo Ético Profissional pelos Conselhos de Medicina vislumbrou a necessidade de diversos aperfeiçoamentos na referida norma, para melhor avaliar e sopesar as infrações éticas, de forma mais ágil e eficaz;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 142 do Código de Ética Médica

(CEM) que preceitua que "o médico está obrigado a acatar e respeitar os acórdãos e resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina";

CONSIDERANDO o vigorante princípio constitucional do devido processo legal que na sua importância preleciona que o poder de punir não toma por sustentáculo tão-somente o cometimento de transgressão, mas exige que seja instaurado o respectivo procedimento apenatório, respeitando-se o direito de ampla defesa;

CONSIDERANDO a necessidade de um procedimento mais célere e menos formal para o universo dos procedimentos ético-disciplinares;

CONSIDERANDO o que ficou decidido na Sessão Plenária de 16 de maio de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Código de Processo Ético-Profissional anexo, que passa a fazer parte desta resolução.

§ 1º - Conferir o efeito geral ao referido Código, tornando obrigatória a sua aplicação a todos os Conselhos de Medicina;

§ 2º - As normas do novo Código serão aplicadas de imediato aos processos ético-profissionais em trâmite, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 2º – O presente Código entrará em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM n.º 1.464/96 e demais disposições em contrário.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL
RESOLUÇÃO CFM n.º 1.617/2001

CAPÍTULO I - DO PROCESSO EM GERAL
Seção I - Das Disposições Gerais

Art.1º - O processo ético-profissional, nos Conselhos de Medicina, reger-se-á por este Código e tramitará em sigilo processual.

Art.2º - A competência para apreciar e julgar infrações éticas será atribuída ao Conselho Regional de Medicina onde o médico estiver inscrito, ao tempo do fato punível ou de sua ocorrência.

§ 1º - No caso de a infração ética ter sido cometida em local onde o médico não possua inscrição, a apuração dos fatos será realizada onde ocorreu o fato.

§ 2º - A apreciação e o julgamento de infrações éticas de Conselheiros obedecerá às seguintes regras:

I - a sindicância realizar-se-á pelo Conselho Regional de Medicina onde o fato ocorreu;

II - decidida a instauração de Processo Ético-Profissional a instrução ocorrerá no Conselho Regional de Medicina, remetendo ao Conselho Federal de Medicina para desaforamento do julgamento.

Art. 3º - O processo terá a forma de autos judiciais, com as peças anexadas por termo, e os despachos, pareceres e decisões serão exarados em ordem cronológica e numérica.

Art. 4º - Os Presidentes dos Conselhos de Medicina poderão delegar aos Corregedores a designação, mediante o critério de distribuição ou sorteio, dos Conselheiros Sindicante, Instrutor, Relator e Revisor.

Art. 5º - Os Conselhos de Medicina poderão ser compostos em Câmaras, sendo obrigatória a existência de Câmara(s) de Julgamento de Sindicâncias.

Seção II - Da Sindicância

Art. 6º - A sindicância será instaurada:

I - “ex-officio”;

II - mediante denúncia por escrito ou tomada a termo, na qual conste o relato dos fatos e a identificação completa do denunciante;

III - pela Comissão de Ética Médica, Delegacia Regional ou Representação que tiver ciência do fato com supostos indícios de infração ética, devendo esta informar, de imediato, tal acontecimento ao Conselho Regional.

§ 1º - As denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina somente serão recebidas quando devidamente assinadas e, se possível, documentadas.

§ 2º - Não ocorrendo a hipótese do § 1º, caberá ao Conselheiro Corregedor fixar prazo de 10 (dez) dias para a complementação da denúncia.

§ 3º Uma vez não cumprido pelo denunciante o disposto no §2º, caberá ao Conselheiro Corregedor, encaminhar a matéria à primeira sessão de Câmara, com despacho fundamentado.

Art. 7º - Instaurada a sindicância, nos termos dos incisos I, II e III do art. 6º, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor nomeará um Sindicante para, no prazo de até 30 (trinta) dias, prorrogável a critério do Presidente ou Corregedor, apresentar relatório contendo a descrição dos fatos, circunstâncias em que ocorreram, identificação das partes e conclusão sobre a existência ou inexistência de indícios de infração ética.

Art. 8º - Do julgamento do relatório da sindicância poderá resultar:

I - arquivamento da denúncia com sua fundamentação, ou baixa em diligência;

II - homologação de procedimento de conciliação;

III - instauração do Processo Ético-Profissional.

Parágrafo único - Do termo de abertura do Processo Ético-Profissional constarão os fatos e a capitulação do delito ético.

Art. 9º - Será facultada a conciliação de denúncias de possível infração ao Código de Ética Médica, com a expressa concordância das partes, até o encerramento da sindicância.

§ 1° - Realizada a audiência e aceito, pelas partes, o resultado da conciliação, o Conselheiro Sindicante elaborará relatório circunstanciado sobre o fato, para aprovação pela Câmara, com a respectiva homologação pelo Pleno do Conselho Regional de Medicina.

§ 2° - O procedimento de conciliação orientar-se-á pelos critérios de oralidade, simplicidade, informalidade e economia processual.

§ 3° - Não caberá recurso no procedimento de conciliação, se aceito, pelas partes, o resultado da mesma.

§ 4° - Resultando inexitosa a conciliação, a sindicância prosseguirá em seus termos.

Art. 10 - Na homologação de conciliação não será permitido acerto pecuniário.

Capítulo II - DO PROCESSO EM ESPÉCIE
Seção I - Da Instrução

Art. 11 - Decidida a instauração de Processo Ético-Profissional, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor terá o prazo de 5 (cinco) dias para nomear o Conselheiro Instrutor, o qual terá 60 (sessenta) dias para instruir o processo.

§ 1º - O prazo de instrução poderá ser prorrogado, quantas vezes for necessário, por solicitação motivada do Conselheiro Instrutor, a critério do Presidente ou do Conselheiro Corregedor do Conselho.

§ 2º - Após a instauração de Processo Ético-Profissional, o mesmo não poderá ser arquivado por desistência das partes, exceto por do óbito do denunciado, quando então será extinto o feito com a anexação da declaração de óbito.

§ 3° - Durante a instrução, surgindo novos fatos ou evidências, o Instrutor poderá inserir outros artigos não previstos na capitulação inicial, garantido o contraditório e a ampla defesa, sendo remetida ao plenário para apreciação.

Art.12 - O Conselheiro Instrutor promoverá, ao denunciado, citação para apresentar defesa prévia no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de juntada do aviso de recebimento, assegurando-lhe vistas dos autos do processo na secretaria do Conselho ou fornecendo-lhe cópia da íntegra dos autos.

Parágrafo único - A citação deverá indicar os fatos considerados como possíveis infrações ao Código de Ética Médica e sua capitulação.

Art.13 - Se o denunciado não for encontrado, ou for declarado revel, o Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor designar-lhe-á um defensor dativo.

Art.14 - O denunciante será qualificado e interrogado sobre as circunstâncias da infração e as provas que possa indicar, tomando-se por termo suas declarações.

Art.15 - Os advogados das partes ou o defensor dativo não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e nas respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do Conselheiro Instrutor.

Art.16 - Antes de iniciar o interrogatório, o Conselheiro Instrutor cientificará ao denunciado que está desobrigado de responder às perguntas que lhe forem formuladas.

Art.17 - O denunciado será qualificado e, depois de cientificado da denúncia, interrogado sobre os fatos relacionados com a mesma, inclusive se conhece o denunciante e as testemunhas arroladas, e o que tem a alegar sobre os fatos.

Art.18 - Se houver mais de um denunciado, cada um será interrogado individualmente.

Art.19 - Consignar-se-ão as perguntas que o(s) depoente(s) deixar(em) de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.

Art.20 - As partes poderão arrolar até 5 (cinco) testemunhas, até a data do encerramento da instrução.

§ 1° - As perguntas das partes serão requeridas ao Conselheiro Instrutor, que, por sua vez, as formulará às testemunhas.

§ 2° - Serão recusadas as perguntas que não tiverem estrita relação com o processo ou importarem em repetição de outra(s) já respondida(s).

Art.21 - A testemunha declarará seu nome, profissão, estado civil e residência bem como se é parente e em que grau de alguma das partes, ou quais suas relações com qualquer delas, e relatará o que souber, explicando, sempre, as razões de sua ciência.

Art.22 - O Conselheiro Instrutor, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas, além das arroladas pelas partes, sempre fundamentando sua decisão.

Art.23 - O Conselheiro Instrutor não permitirá que as testemunhas manifestem suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

Art.24 - Os depoimentos serão reduzidos a termo e assinados pelos depoentes, pelas partes e pelo Conselheiro Instrutor.

Art.25 - A acareação será admitida entre denunciantes, denunciados e testemunhas, sempre que suas declarações divergirem sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

Art.26 - Se o intimado, sendo denunciante, denunciado ou testemunha, for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas no Código de Ética Médica.

Art.27 - Se o intimado, sendo denunciante, denunciado ou testemunha, não for médico e não comparecer ao depoimento sem motivo justo, ficará sujeito às sanções previstas em Lei.

Art.28 - Concluída a instrução, será aberto o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação das razões finais, primeiramente ao(s) denunciante(s) e, em seguida, ao(s) denunciado(s), com prazo comum entre mais de um denunciante e entre mais de um denunciado.

Parágrafo único - Estando todas as partes presentes à última audiência, poderão ser intimadas pessoalmente para apresentação de razões finais, devendo ser registrada em ata, passando a correr dali os respectivos prazos.

Art.29 - Após a apresentação das alegações finais e análise do parecer processual da Assessoria Jurídica, o Conselheiro Instrutor proferirá relatório circunstanciado que será encaminhado ao Presidente ou ao Corregedor do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Até a data da Sessão de julgamento, o Conselheiro Corregedor, verificando a existência de qualquer vício ou irregularidade, poderá intervir nos autos e, por meio de despacho fundamentado, determinar a realização de atos a serem executados.

Seção II - Do Julgamento

Art.30 - O Presidente do Conselho ou o Conselheiro Corregedor, após o recebimento do processo, devidamente instruído, terá o prazo de 10 (dez) dias para designar o Conselheiro Relator e o Revisor, os quais ficarão responsáveis pela elaboração de relatórios a serem entregues em 60 (sessenta) e 30 (trinta) dias, respectivamente, podendo ser prorrogados, quantas vezes for necessário, por motivo justificado e a critério do Presidente ou Corregedor do Conselho.

§ 1º - O Relator e o Revisor poderão, dentro dos prazos acima estabelecidos, solicitar ao Presidente ou ao Conselheiro Corregedor que remeta os autos ao Conselheiro Instrutor para novas diligências, indicando quais as providências cabíveis e estabelecendo o prazo para cumprimento da requisição.

§ 2º - O Conselheiro Instrutor poderá ser designado Conselheiro Relator.

Art.31 - Recebidos os relatórios do Relator e Revisor, o Presidente ou o Conselheiro Corregedor determinará a inclusão do processo na pauta de julgamento.

Art.32 - As partes serão intimadas da data de julgamento com a antecedência mínima de 10 (dez) dias.

Art.33 - Na abertura da sessão de julgamento, as partes e seus representantes, após as exposições efetuadas pelo Relator e Revisor, vedada qualquer manifestação de voto, o Presidente da Sessão dará a palavra, sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e ao(s) denunciado(s), pelo tempo improrrogável de 10 (dez) minutos, para sustentação oral.

Parágrafo único - Feita a sustentação oral, os Conselheiros poderão solicitar esclarecimentos sobre o processo ao Relator, Revisor e, por intermédio do Presidente da Sessão de julgamento, às partes.

Art.34 - Após os esclarecimentos, discussão e decisão das preliminares e discussão dos fatos, vedada qualquer manifestação de voto conclusivo pelos Conselheiros, será concedido o tempo final de 5 (cinco) minutos sucessivamente, ao(s) denunciante(s) e denunciado(s), para novas manifestações orais.

Art.35 - Após a manifestação final das partes, o Presidente da Sessão de julgamento, dará, pela ordem, a palavra aos Conselheiros que a solicitarem, para:

I - requerer vista dos autos do processo, apresentando-o com relatório de vista em até 30 (trinta) dias, para novo julgamento;

II - requerer a conversão dos autos do processo em diligência, com aprovação da maioria dos Conselheiros presentes no plenário ou câmara, caso em que determinará as providências que devam ser tomadas pelo Conselheiro Instrutor, no prazo de 60 (sessenta) dias prorrogáveis, ao qual remeterá o processo, retornando os autos ao Presidente ou Corregedor para pautar novo julgamento.

Art.36 - No julgamento, os votos serão proferidos, quanto às preliminares, mérito, capitulação e apenação, quando houver, oralmente e seqüencialmente, pelo Conselheiro Relator, Revisor, manifestação de voto, divergente ou não, quando houver e, ao final, pelos demais Conselheiros.

§ 1° - O Presidente da sessão votará, na forma estabelecida no Regimento Interno de cada Conselho.

§ 2° - O Conselheiro presente ao julgamento, respeitando o quorum máximo previsto em lei, não poderá abster-se de votar.

Art. 37 - Proferidos os votos, o Presidente anunciará o resultado do julgamento, designando para redigir o acórdão o Relator ou o Revisor e; se estes forem vencidos, a redação caberá ao Conselheiro que propôs o voto vencedor.

Art.38 - As partes e seus procuradores e o defensor dativo serão intimados da decisão nos termos do art. 67 deste Código.

Art.39 - O julgamento far-se-á a portas fechadas, sendo permitida apenas a presença das partes e seus procuradores, Assessoria Jurídica dos Conselhos de Medicina, Corregedores e funcionários responsáveis pelo procedimento disciplinar nos Conselhos de Medicina necessários para o bom funcionamento do Tribunal de Ética Médica, até o encerramento da sessão.

Art.40 - As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais são as previstas em Lei.

CAPÍTULO III - DOS IMPEDIMENTOS

Art. 41 - É impedido de atuar em Processo Ético-Profissional o conselheiro que:

I – tenha interesse direto ou indireto na matéria;

II – tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro ou parente e afins até o terceiro grau;

III – esteja litigando, judicial ou administrativamente, com o interessado ou respectivo cônjuge ou companheiro(a).

Art. 42 - O Conselheiro que incorrer em impedimento deve comunicar o fato ao Presidente do Conselho, abstendo-se de atuar.

CAPÍTULO IV - DAS NULIDADES

Art.43 - Nenhum ato será declarado nulo, se da nulidade não resultar prejuízo para as partes.

Art.44 - A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

I - por suspeição argüida contra membros do Conselho, sendo apreciada na sessão de julgamento e acolhida pelo Plenário;

II - por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

Art.45 - Nenhuma das partes poderá argüir nulidade a que haja dado causa, para a qual tenham concorrido ou referente à formalidade cuja observância só à parte contrária interesse.

Art.46 - Não será declarada nulidade de ato processual que não houver influído na apuração da verdade substancial ou na decisão da causa.

Art.47 - As nulidades considerar-se-ão sanadas:

I - se não forem argüidas em tempo oportuno;

II - se, praticado por outra forma, o ato atingir suas finalidades;

III - se a parte, ainda que tacitamente, aceitar seus efeitos.

Art.48 - Os atos cuja nulidade não for sanada na forma do art. 47 serão renovados ou retificados.

Parágrafo único. Declarada a nulidade de um ato, considerar-se-ão nulos todos os atos dele derivados.

Art.49 - A nulidade dos atos deve ser alegada na primeira oportunidade em que couber à parte falar nos autos, sob pena de preclusão.

CAPÍTULO V - DOS RECURSOS

Seção I - Disposições Gerais

Art.50 - Caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias:

I - às Câmaras de Sindicância do Conselho Federal de Medicina, das decisões de arquivamento proferidas pelas Câmaras de Sindicância dos Conselhos Regionais;

II - ao Pleno do Conselho Regional, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras, onde houver;

III – às Câmaras do CFM, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por unanimidade, pelas Câmaras dos Conselhos Regionais ou das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria ou unanimidade, pelo Pleno dos Conselhos Regionais;

IV - ao Pleno do CFM, das decisões proferidas nos Processos Ético-Profissionais, por maioria, pelas Câmaras do CFM ou das decisões de cassação do exercício profissional proferidas pelos Conselhos Regionais.

Parágrafo único - Os recursos terão efeito suspensivo, podendo ocorrer o agravamento da pena, se interposto recurso pelo denunciante.

Art. 51 - Após o recebimento do recurso, a outra parte será intimada para, querendo, apresentar as contra-razões, no prazo de 30 (trinta) dias.

Seção II - Da Revisão do Processo

Art.52 - Caberá a revisão do Processo Ético-Profissional condenatório, pelo Conselho Federal de Medicina, a qualquer tempo, contado da publicação do acórdão.

Parágrafo único - A revisão do processo disciplinar findo será admitida quando se descobrirem novas provas que possam inocentar o médico condenado ou por condenação baseada em falsa prova.

Art.53 - Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do médico.

Parágrafo único. Da revisão do processo ético-profissional não poderá resultar agravamento de penalidade.

Art..54 - O pedido de revisão do Processo Ético-Profissional transitado em julgado será dirigido ao Presidente do Conselho Federal de Medicina, que nomeará um Conselheiro Relator para elaboração de relatório, o qual será apresentado ao Pleno para análise e julgamento das novas provas apresentadas pelo médico condenado.

§ 1° - No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas prescritas no Capítulo III do presente Código.

§ 2° - O pedido de revisão não terá efeito suspensivo.

Art. 55 - São partes legítimas para a revisão:

I – o profissional punido, pessoalmente ou por intermédio de procurador habilitado;

II – o cônjuge, descendente, ascendente e irmã(o), em caso de falecimento do condenado;

III – o curador, se interdito.

Parágrafo único - Quando, no curso da revisão, falecer o profissional requerente, será ele substituído por qualquer das pessoas referidas no inciso II, ou nomeado curador para a defesa, quando nenhum substituto se apresentar no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 56 - Julgando procedente a revisão, o Conselho Federal de Medicina poderá anular o Processo Ético-Profissional, alterar a capitulação, reduzindo a pena ou absolver o profissional punido.

CAPÍTULO VI - DA EXECUÇÃO

Art.57 - Transitada em julgado a decisão e, no caso de recurso, publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para execução.

Art. 58 - As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina serão processadas na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo as penalidades anotadas no prontuário do médico infrator.

§ 1º - As penas públicas serão publicadas no Diário Oficial, em jornal de grande circulação, em jornal local onde o médico exerce suas funções e nos jornais ou boletins dos Conselhos.

§ 2º - No caso de cassação do exercício profissional e da suspensão por 30 (trinta) dias, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

CAPÍTULO VII - DA REABILITAÇÃO

Art. 59 - Decorridos 5 (cinco) anos após o cumprimento da pena e sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, poderá o médico requerer sua reabilitação ao Conselho Regional de Medicina onde está escrito, com a retirada de seu prontuário dos apontamentos referentes a condenações anteriores.

§ 1º - Exclui-se da concessão do benefício do caput deste artigo o médico punido com a pena de cassação do exercício profissional.

§ 2° - Quando a sanção disciplinar resultar da prática de crime, o pedido de reabilitação depende, também, da correspondente reabilitação criminal.

CAPÍTULO VIII - DA PRESCRIÇÃO

Art.60 - A punibilidade por falta ética sujeita a processo ético-profissional prescreve em 5 (cinco) anos, contados a partir da data do conhecimento do fato pelo Conselho Regional de Medicina.

Art.61 - São causas de interrupção de prazo prescricional:

I - o conhecimento expresso ou a citação do denunciado, inclusive por meio de edital;

II - a apresentação de defesa prévia;

III - a decisão condenatória recorrível;

IV - qualquer ato inequívoco, que importe apuração dos fatos.

Art. 62 - Todo processo disciplinar paralisado há mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, será arquivado ex-officio ou sob requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

Art. 63 - A execução da pena aplicada prescreverá em 5 (cinco) anos, tendo como termo inicial a data da publicação do acórdão.

Art. 64 - Quando o fato objeto do Processo Ético-Profissional também constituir crime, a prescrição reger-se-á pelo prazo previsto na lei penal.

Art. 65 - Deferida a medida judicial de suspensão da apuração ética, o prazo prescricional fica suspenso até a revogação da medida, quando o prazo voltará a fluir.

CAPÍTULO IX - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 66 - Aos Conselheiros Corregedor, Sindicante ou Instrutor caberá prover todos os atos que julgarem necessários à conclusão e elucidação do fato, devendo requerer ou requisitar a órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, da União, dos Estados, dos Municípios, do Distrito Federal e de Instituições privadas, quaisquer documentos peças ou informações necessários à instrução de sindicâncias ou processos ético-profissionais.

Art. 67 - A citação e notificações serão feitas às partes e aos seus advogados:

I - por carta registrada, com Aviso de Recebimento;

II - pessoalmente, quando frustrada a realização do inciso anterior;

III - por edital, publicado uma única vez, no Diário Oficial e em jornal local de grande circulação, quando a parte não for encontrada;

IV - por Carta Precatória, no caso das partes e testemunhas encontrarem-se fora da jurisdição do Conselho, e através dos procedimentos pertinentes, se no exterior.

Art. 68 - Os prazos contarão, obrigatoriamente, a partir da data da juntada aos autos, da comprovação do recebimento da citação, intimações e notificações, inclusive da juntada das cartas precatórias.

Art. 69 - As gravações, para serem admitidas nos autos, deverão estar acompanhadas da sua transcrição, devidamente rubricada pela parte interessada.

Art. 70 - Aos Processos Ético-Profissionais em trâmite, aplicar-se-á, de imediato, o novo Código, sem prejuízo da validade dos atos processuais realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 71 - Este Código entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução CFM n.º 1.464/96 e as demais disposições em contrário.

2. Segredo Médico

"... Penetrando no interior das famílias,
meus olhos serão cegos e
minha língua calará os segredos
que me forem confiados ..."
Hipócrates, 460 a.C

2. Segredo Médico

O segredo profissional é um dos pilares da profissão médica. Interpretar o Artigo 102 do Código de Ética Médica, que veda ao médico a revelação de fato de que venha ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente, nem sempre é fácil.

Vinte anos depois da edição da Resolução 999/80, o Conselho Federal de Medicina, baseado no parecer 1973/2001, editou a Resolução 1605/200. O CFM inova e fortalece a posição defendida pelo Cremers de que o conteúdo do Prontuário Médico deve ser disponibilizado ao perito nomeado pelo juiz para que nele seja realizada perícia restrita aos fatos sob questionamento.

Destaque-se que sempre que houver conflito no tocante à liberação ou não dos documentos para a autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina quanto ao procedimento a ser adotado.

O Cremers, agora, pode disponibilizar de forma pioneira orientações e ações quanto ao remédio jurídico que combate o constrangimento ilegal praticado por qualquer autoridade coatora (*habeas corpus*).

1. PRONTUÁRIO MÉDICO

Em relação à segurança do segredo médico, o elemento mais crítico é o prontuário, pois nele ficam registrados os dados referentes ao paciente e, uma vez documentado, ninguém além do médico pode acessá-lo, salvo mediante autorização expressa do paciente.

Assim, qualquer pedido de entrega de prontuário[1] deve ser feito por escrito, assinado pelo próprio paciente ou seu representante legal.

2. ORDEM DE REQUISIÇÃO

Apesar do entendimento sobre o sigilo ser pacífico, às vezes o pedido de entrega do prontuário, ou cópia deste, parte de autoridade pública, que entende ser o mesmo prova essencial para o julgamento de determinado caso na esfera judicial ou até mesmo administrativa.

Assim, não raro, o profissional defrontará com determinação de juizes, promotores públicos e delegados de polícia, para que entregue o prontuário de determinado paciente ou, ainda, que extraia informações do prontuário e as forneça à autoridade. Esta determinação via de regra vem acompanhada de alerta de que, em caso de não cumprimento da ordem, incorrerá o médico em crime de desobediência.

3. PRIMEIRA PROVIDÊNCIA

A primeira regra que o médico deve seguir é a de não negar pura e simplesmente a entrega do prontuário, mas colocá-lo formalmente à disposição para que a autoridade nomeie um perito médico - igualmente sujeito ao sigilo - que responderá então aos quesitos formulados pela autoridade.

4. INÍCIO DE PROCEDIMENTO CRIMINAL - INTERVENÇÃO DO CREMERS

Ocorre que nem sempre a autoridade resigna-se com este tipo de solução e insiste na tese da desobediência, vendo-se o médico citado para defender-se em audiência preliminar de transação penal, ou seja: é chamado em juízo para assinar um termo de compromisso pelo qual, em troca de não responder a um processo penal, deverá pagar multa ou prestar serviço comunitário. Quando este tipo de situação ocorre, faz-se necessária a intervenção do Cremers.

---

[1] *Vide Resolução CFM nº 1.605/2000.*

5. *HABEAS CORPUS*:

Insistindo a autoridade em prosseguir com o feito, o *habeas corpus* é o remédio jurídico eficaz contra ação de autoridade judicial coatora na esfera criminal. O objetivo, ao impetrá-lo, é obter o trancamento definitivo da ação penal, antes mesmo da primeira audiência. Dessa forma, é importante que, tendo o médico o conhecimento de ação de tal natureza, o Cremers seja imediatamente e formalmente acionado, pois o próprio Órgão providenciará o habeas corpus, após análise da Diretoria.

6. A APLICABILIDADE DO *HABEAS CORPUS*

Nas ocasiões em que o Cremers foi acionado pelo médico para defender-se de procedimento criminal instaurado por autoridade coatora, o habeas corpus sempre foi eficaz, havendo o encerramento definitivo da ação antes mesmo da audiência preliminar.

A importância do habeas corpus em nosso Direito é tão grande que nossa legislação abre exceção para que se ingresse em juízo sem a representação de advogado, podendo ser feito inclusive de próprio punho pelo interessado, como forma de propiciar todos os meios ao cidadão ameaçado por ato ilegal de autoridade. Tal medida, porém, somente deve ser tomada em situação extrema, devendo sempre estar presente o advogado.

Ao elaborar uma minuta de habeas corpus, o Cremers disponibiliza ao médico um instrumento de defesa imediata e facilmente adaptável frente a uma situação inesperada ou quando o advogado disponível não está habituado com esse tipo de procedimento.

Seguem-se, abaixo, a Resolução CFM 1605/2000, sobre sigilo médico, subsidiada pelo Parecer CFM 1.973/01, de autoria do Conselheiro Luiz Augusto Pereira, a Resolução Cremers 01/01 e uma minuta de *habeas corpus* elaborada pela Assessoria Jurídica do Cremers.

- Resolução CFM n.º 1.605/2000
- Resolução Cremers n.º 01/2001
- Minuta de Habeas Corpus

RESOLUÇÃO CFM nº 1.605/2001

O **Conselho Federal de Medicina**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

CONSIDERANDO a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal; CONSIDERANDO que o "dever legal" se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

CONSIDERANDO que a lei penal só obriga a "comunicação", o que não implica a remessa da ficha ou prontuário médico;

CONSIDERANDO que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

CONSIDERANDO a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas;

CONSIDERANDO que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

CONSIDERANDO o parecer CFM nº 1973/2001;

RESOLVE:

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00,

Art. 1º - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2º - Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3° - Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art. 4° - Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5° - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6° - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7° - Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art. 8° - Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Art. 9° - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM n° 999/80.

Resolução Cremers n.º 01/2001

autoriza a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar providências em defesa do médico processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos referentes a segredo médico.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando que as Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina têm força de lei no sentido substantivo no que diz respeito à Ética Médica no País;

Considerando o disposto na Resolução CFM n.º 1.246/88 – Código de Ética Médica;

Considerando que freqüentemente médicos são colocados em situação de constrangimento para que descumpram preceitos éticos ou Resoluções do Conselho Federal de Medicina e/ou Conselho Regional de Medicina;

Considerando que o médico, quando na função de Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico, tem sob sua guarda os prontuários médicos detalhando o diagnóstico e a história clínica dos pacientes;

Considerando o parecer aprovado pelo plenário do Conselho Federal de Medicina n.º 22/2001 – protocolo n.º 1.973/2001, e a Resolução CFM n.º 2.605/2001;

Considerando a decisão da Sessão Plenária de 09 de janeiro de 2001;

RESOLVE:

Artigo 1º: Fica autorizada a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar todas as medidas administrativas e/ou jurídicas em defesa do médico que venha a ser processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos, ou a prestar informações que possam revelar o segredo médico, sem autorização do paciente;

Artigo 2º: Os procedimentos poderão ser realizados de forma direta ou por intermédio de terceiros devidamente autorizados pela Diretoria do Cremers;

Artigo 3º: A ação do Cremers ocorrerá a requerimento do interessado aprovado pela Diretoria do Cremers.

Porto Alegre, 09 de janeiro de 2001.

MINUTA DE HABEAS-CORPUS EM CASOS DE REQUISIÇÃO JUDICIAL, POLICIAL OU PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

EXMO. SR. (JUIZ DE DIREITO / OU PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA – CONFORME O CASO)

ORDEM DE HABEAS-CORPUS
COM PEDIDO LIMINAR URGENTE

QUALIFICAÇÃO DO IMPETRANTE..., vem

IMPETRAR HABEAS-CORPUS EM FAVOR DE

QUALIFICAÇÃO DAQUELE QUE ESTÁ SOFRENDO A COAÇÃO (TECNICAMENTE O "PACIENTE"), com fundamento no art. 5º, inc. LXVIII, da Constituição Federal e arts. 647 e segs. do Código de Processo Penal, pelos seguintes fundamentos:

DOS FATOS

O paciente (requerente) está sofrendo (ou na ameaça de sofrer) coação ilegal determinada (JUIZ, PROMOTOR OU DELEGADO DE POLÍCIA), CONSISTENTE NA REQUISIÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO, SOB A AMEAÇA DE PRISÃO (OU INSTAURAÇÃO DE INQUÉRITO OU PROCESSO) POR DESOBEDIÊNCIA.

DAS RAZÕES DA ILEGALIDADE

O segredo médico é instituto milenar, cuja origem remonta ao juramento de Hipócrates:

> ***'O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo'.***
>
> *"Para a classe médica, o segredo é algo que não se pode dissociar do exercício da sua profissão.*

> *No dizer de Gonzaga, pelas peculiares condições em que exerce o seu mister, o médico tem freqüentes vezes diante de si, abertos em leque, informes íntimos da mais variada qualidade. Colhe não apenas esclarecimentos reservados sobre o cliente, mas sobre sua família, parentes próximos e até mesmo alusivos a terceiros àqueles ligados. Penetra no recesso dos lares. Necessita conhecer as causas da moléstia em exame, que podem desembocar em delicadas origens: comportamentos viciosos, eticamente reprováveis ou delituosos, dificuldades econômicas, disputas domésticas, etc.*
> *"Nem sempre o diagnóstico da moléstia ou da lesão física sofrida pelo paciente será o fato que este deseja manter em segredo. Em alguns casos, o que se pretende manter escondido do domínio público são as circunstâncias que ensejam o surgimento da moléstia ou da lesão."* (**BARROS, Marco Antônio de**. *Sigilo Profissional. Reflexos da violação no âmbito das provas ilícitas*. RT 733/423)

Hoje se apresenta com foro constitucional, uma vez que instituído como garantia individual à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra – art. 5º, inc. X, da CF.

Assim o prontuário médico só pode ser fornecido quando haja expressa autorização do paciente, cujo direito o sigilo visa proteger. **Nesse sentido são as disposições do Código de Ética Médica, em seus arts. 11 e 102, que têm força de lei, porque previsto expressamente na Lei 3268/57 e seu Decreto regulamentador - D. n.º 44.045/58, conforme entendimento tanto do STF (HC 39.308-SP) como do STJ (REsp 159527-RJ):**

> ***"Artigo 11: O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.***
>
> **"Artigo 102: É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude**

> **do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.**
> ***"Parágrafo único: Permanece essa proibição:***
> ***a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.***
> ***b) quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento."***

É preciso, pois, passar à análise pormenorizada do real significado das expressões *justa causa*, *dever legal* e *autorização expressa do paciente*, contidas no art. 102 do CEM.

A **justa causa**, como fato incidental e liberatório da revelação, ***"funda-se na existência de estado de necessidade: é a colisão de dois interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso, inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem-interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem, donde não ser absoluto o dever do silêncio ou sigilo profissional"*** (NORONHA, E. Magalhães. Direito Penal, 17ª ed., v. 2, 1981, p. 209).

A jurisprudência a respeito dessa forma se pronuncia: ***"Seria absurdo que uma lei protegesse o interesse particular, embora de valor social, com prejuízo e dano para a coletividade. A vida em comum nas sociedades deve restringir direitos para evitar inconvenientes para outros direitos, mormente gerais."*** (RT 562/409)

O mesmo autor, antes mencionado – **BARROS, Marco Antônio de** – acrescenta:

> *"Alguém que revele, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem, está sujeito a suportar a pena de detenção de três meses a um ano, ou multa (art. 154, do CP).*
>
> *"Três rápidas observações se fazem acerca do dispositivo de ordem material. Uma delas consiste no sereno entendimento doutrinário no sentido de que para configuração da infração*

penal, o dano produzido não se restringe ao aspecto econômico, abrangendo o prejuízo de ordem moral, pública, particular, individual ou familiar sofrido pelo interessado na mantença do segredo. A segunda observação diz respeito ao sujeito ativo do crime, ou seja, aquele que revela o segredo de que teve ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão.

"A mais objetiva diferenciação entre os tipos de atividade profissional é apresentada por ***Paulo José da Costa Jr.****, para quem função é o encargo recebido por lei, decisão judicial ou contrato (tutor, curador, inventariante, síndico, diretores de escola, hospitais ou empresas); ministério é o mister que tem origem em determinada condição social, de fato ou de direito (padre, freira, missionário, assistente social); ofício é a atividade remunerada, mecânica ou manual (sapateiro, ourives, cabeleireiro, costureiro, etc.); profissão é a atividade remunerada, exercida com habitualidade, via de regra de cunho intelectual.*

Finalmente, a terceira observação condiz com a atipicidade do fato quando a revelação seja feita com justa causa. A justa causa identifica-se com o justo impedimento de manter o sigilo, ou com a existência da necessidade de confidência, e ela só pode ser aquilatada no caso concreto. Incluem-se obrigatoriamente neste rol o estrito cumprimento do dever legal, o estado de necessidade e a própria legítima defesa do confidente.

"Sobre isto, oportuna é a advertência feita por Hermenegildo Rego, ao se questionar se a convocação judicial para depor no processo civil constitui, para o depositário do segredo profissional, justa causa suscetível de legitimar sua revelação. O próprio articulista responde que a revelação do segredo profissional, pelo só fato de ter sido feita em juízo, não deixa de configurar o crime, ressaltando que a revelação de um segredo profissional, feita em juízo, como fora dele, se consubstanciada em justa causa não constituirá crime. Mas a mera situação - depoimento em juízo - não representa, por si, justa causa.

Encontramos outra hipótese de justa causa para a quebra do sigilo médico no tocante aos portadores do vírus da imunodeficiência humana, conforme parágrafo único do artigo 2° da Resolução CFM n° 1.359/92, *in verbis*:

> *"O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente. Será permitida a quebra do sigilo (...) por justa causa (proteção à vida de terceiros comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhe a informação quanto à sua condição de infectado)."*

Por fim, importante salientar que o instituto da justa causa não deve servir para obrigar o médico a revelar fato sob o título do sigilo profissional. O profissional não pode ser impelido a realizar determinada conduta sem que a lei o obrigue.

No mesmo sentido já concluiu o **Cons. Hércules Sidnei Pires Liberal**, no Parecer CFM n° 24/90: *"(...) o médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de 'justa causa', determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade(...)".*

Outra circunstância importante que afasta o dever de sigilo e consequentemente torna lícita a revelação, se não a caracteriza como impositiva, consiste no **dever legal**. Aliás, no capítulo que trata sobre os crimes contra a saúde pública, está prevista a infração penal denominada omissão de notificação de doença, que se consumará quando o médico deixar de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória, ficando sujeito à aplicação da pena de detenção de seis meses a dois anos, e multa (art. 269 do CP e Portaria n° 1.100/96 do Ministério da Saúde). Mais um outro exemplo dessa modalidade de dever imposto ao médico encontra-se na lei que trata do planejamento familiar, que submete o médico a idêntica sanção, privativa de liberdade e pecuniária, se deixar de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar (art. 16 da Lei 9.263, de 12.01.1996).

Também a Lei n° 3.688/41 (Lei de Contravenções Penais) impõe um dever legal ao profissional médico no exercício da medicina, conforme inc. II do art. 66: ***"Deixar de comunicar à autoridade competente crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal."***

A outra situação que libera do dever de manter sigilo se dá quando há **autorização expressa do paciente** para revelação do fato. É claro que a autorização em si não obriga o médico a depor sobre o que souber ou tiver conhecimento acerca do seu cliente, descoberto em razão do exercício de sua profissão. Aqui também nos parece que a decisão sobre a revelação, ou não, se transfere para a consciência do médico, a quem caberá sobre ela posicionar-se.

Também é o já referido doutrinador – MARCO ANTÔNIO DE BARROS - que refere: "Mas o que mais tem atormentado nossos tribunais no que se refere ao sigilo médico não é propriamente o seu depoimento testemunhal em juízo, mas sim os desentendimentos que derivam da recusa por parte de médicos e diretores de hospitais em atender às requisições feitas por juízes para que sejam apresentadas as fichas clínicas de pacientes e prontuários médicos.

> *"Cabe indagar-se: tais informes estariam acobertados pelo apanágio do sigilo? Impõe-se ou não a obrigatoriedade de apresentação das fichas clínicas e prontuários médicos ao juiz?*
>
> *"Constantes e acalorados são os debates que cercam esta questão, propiciando o surgimento de posições extremadas, como aquela sustentada por Moreira de Carvalho, para quem 'existe justa causa para o Poder Judiciário requisitar informações e cópias de fichas clínicas, sendo a prestação por parte de médicos e hospitais perfeitamente legal, não configurando qualquer tipo de infração, pois a revelação não é leviana e sim técnica, clara e objetiva, para responder aos interesses da sociedade. O não-atendimento da requisição importa no crime de desobediência'.*

"Não concordamos com esse posicionamento. Preferimos acompanhar a colocação feita por Wolfgang Stein que, ao citar Eduardo Espinola Filho, anotou que a justa causa para compelir ao desnudamento do segredo médico só pode ser um motivo legal, isto é, uma causa reconhecida pelo legislador como derrogatória do direito/dever de silenciar. Aliás, a inteligência dos dispositivos legais que envolvem o segredo profissional médico foi enfrentada com ímpar profundidade pela mais alta Corte do País, cujo julgador tornou-se famoso pela riqueza dos votos exarados por seus eminentes ministros, estando publicado na RT 562/407, donde se abstrai que 'a pública potestade só forçará o desvendar de fato sigiloso se a tanto autorizada por específica norma de lei formal. Trata-se de atividade totalmente regrada, prefixados os motivos pelo legislador, a não comportar a avaliação discricionária da autoridade administrativa ou judiciária do que possa constituir justa causa para excepcionar o instituto jurídico da guarda do segredo profissional. Este tutela a liberdade individual e a relação de confiança que deve existir entre profissional e cliente, para a proteção de um bem respeitável, como o é o direito à salvação adequada da vida ou da saúde. No embate com o direito de punir, o Estado prefere aqueles outros valores'.

"Encontramos apoio para esta tese em venerando acórdão do TJSP, relatado pelo Des. Geraldo Gomes, publicado na RT 567/83, com a seguinte ementa: 'Embora a obrigatoriedade do sigilo profissional não se apresente em caráter absoluto, admitindo exceções, também esbarra em restrições o poder ou faculdade da autoridade em requisitar informes ou elementos para instruir processos criminais. Assim, não se cuidando de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, em que fica o profissional desonerado do aludido sigilo, é de se ter por subsistente cuidando-se de tratamentos particulares, seja no tocante à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. Por isso, neste mandado de segurança entendeu-se estar carac-

terizado o constrangimento ilegal, decorrente da intimação judicial feita a médico e hospital para apresentar as fichas clínicas e prontuários da vítima de suicídio, sob pena de responsabilidade e desobediência. Entendeu-se, afinal, ser inadmissível a intimação por ofensa ao sigilo profissional, constatando-se, ademais, a ausência de justa causa para tal exigência'.

"Existem outros exemplos na jurisprudência confirmando o respeito que se devota ao sigilo médico. Conforme se verifica julgado prolatado pelo TASP, publicado na RT 643/304, ao proceder o interrogatório judicial, o réu teria afirmado ser portador do vírus da AIDS. Diante disso, o juiz requisitou informações ao hospital, sob pena de desobediência. Impetrado habeas corpus em favor da médica, seguiu-se a edição do acórdão relatado pelo juiz Walter Swensson, de cujo teor se destaca: 'Existem restrições ao poder ou faculdade da autoridade judiciária de requisitar informações no que se refere a tratamento médico a que está submetida pessoa, seja no pertinente à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. O sigilo profissional a que está sujeito o médico só pode ser dispensado para fornecimento de informe ou elementos para instrução de processos-crimes que visem à apuração de infrações criminais relacionadas com a prestação de socorro médico ou moléstia de comunicação compulsória. Assim, não caracteriza crime de desobediência a conduta do facultativo que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de réu em processo-crime sob a violação de sigilo profissional, uma vez que não necessária a providência à instrução de processo-crime, podendo, ademais, as informações respectivas, devidamente atualizadas, ser obtidas através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária, sendo irrelevante o fato de ter o interessado anuído ao seu fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, lícito, portanto à médica supô-la inexistente'" (op. cit. n° 01).

Conseqüentemente, a requisição judicial, por si só, não é "justa causa", conforme estabelecido pelo **STF** no HC retromencionado – **HC –39.308-SP – REL. MIN PEDRO CHAVES**, cuja ementa se transcreve:

> ***"Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência de revelação de sigilo e participação de anotação constante das clínicas e hospitais. Habeas Corpus concedido".***

A mesma excelsa Corte, por ocasião do julgamento do **Recurso Extraordinário n.º 91.218-SP, sendo Relator o Min. DJACI FALCÃO (RTJSTF 101/676)** estabeleceu que a apresentação do prontuário e anotações só tem cabimento quando consentida pelo paciente, ou quando não for em detrimento deste, e ainda com a **ressalva de que tais documentos devem ser APENAS POSTOS À DISPOSIÇÃO PARA PERÍCIA MÉDICA, SOB SIGILO PERICIAL.**

Também é do **STF** o seguinte aresto, assim ementado:

> ***"É constrangimento ilegal exigir-se de clínica ou hospital a revelação de sua anotações sigilosas" (RTJ 101/176) – "APUD" CELSO DELMANTO – "Código Penal Comentado".***

Na mesma fonte – i. é, a obra de **CELSO DELMANTO** - colhem-se ainda as seguintes manifestações jurisprudenciais:

> ***"O sigilo médico só pode ser dispensado para instrução de processos-crime que visem à apuração de infrações relacionadas com a prestação de socorro médico, ou moléstia de comunicação compulsória" (TACrSP – rt 643/304).***

> ***"FICHA MÉDICA: colocada ela à disposição do perito, que não está preso a sigilo profissional, mas só ao segredo pericial, não se pode exigir sua entrega em juízo" (STF – RT 101/676) (TRATA-SE DE TRECHO DO ACÓRDÃO SUPRAMENCIONADO – nota do parecerista).***

> ***"FICHA MÉDICA: O HOSPITAL NÃO ESTÁ OBRIGADO A ENTREGÁ-LA (TACrSP – 479/326).***

Além disso, o dever legal só existe QUANTO À COMUNICAÇÃO, nos casos de doença de notificação compulsória (art. 269 do CP) e de crime de ação pública, quando não exponha o paciente a processo criminal (art. 66 da Lei das Contravenções Penais). Veja-se que o núcleo penal em tais casos está na OMISSÃO DE COMUNICAÇÃO, e não no dever de enviar prontuário, como, parece, vem sendo entendido por autoridades requisitantes.

O médico está sujeito por dever ético e legal ao seu Código de Ética, que, como visto é lei, e que atende à cláusula pétrea da CF que é o direito individual à privacidade.

Poder-se–ia cogitar de que na situação posta em liça – crimes de ação pública – em que se requisita o prontuário da vítima, haveria embate entre o direito individual (da vítima), que obriga ao sigilo, e o direito da sociedade de apurar o crime. Este parece ter sido o móvel da requisição judicial, que buscaria suporte no resguardo do interesse social ou público.

Todavia assim não é, "data venia", e o colendo STF o expressou muito bem no HC citado e também no RExt retromencionado. O dever de guarda do prontuário não pode ser quebrado pelo médico (hospital ou clínica), sem a autorização do paciente. **A solução foi claramente posta pelo Pretório Excelso no RExt já referido quando alude que o hospital PODE PÔR À DISPOSIÇÃO O PRONTUÁRIO PARA PERÍCIA (médico legista), sob sigilo pericial.**

A razão claramente é a proteção do indivíduo e é até singela – é que o prontuário não abarca só o fato em si (a patologia apresentada) na internação, mas toda a situação de saúde do paciente, QUE PODE TER TODO INTERESSE – E A CONSTITUIÇÃO LHE GARANTE TAL DIREITO - DE NÃO VER A SUA VIDA DEVASSADA.

Nisso há também um aspecto social de todo importante, especialmente nos dias que correm, além da questão do direito individual. É que em se tornando rotina que por requisição judicial possa ser requisitado o prontuário médico de alguém, o paciente, sabedor disso, poderá deixar de revelar a seu médico assistente aspectos importantes de sua vida (certas patologias), ante o receio de vê-los revelados. Isso causa, na verdade, GRAVE PERIGO SOCIAL, pois a omissão de certos pormenores de saúde pode se transformar em grave RISCO SOCIAL, (ex. o paciente poderá não revelar ser portador de HIV, de tuberculose, etc., quando esteja sendo tratado de outra doença...).

Afigura-se que a autoridade judicial, o órgão do Ministério Público, a autoridade policial, no exercício de seu poder-dever de investigação de delito de ação pública, não podem deixar de lado tais preocupações com o cumprimento da Lei e da Constituição, cujas disposições repousam exatamente no conjunto dos interesses – o individual e o social. Não se nega o dever de apuração e de cooperar com a apuração de delito grave e de ação pública. Mas a solução não pode ser, como diz o e. STF, a pretexto de apurar um crime cometer outro (quebra do sigilo médico) – art. 154 do CP. A solução é aquela apontada por aquela Alta Corte – põe-se à disposição NO HOSPITAL OU CLÍNICA a documentação para que ali se realize a necessária perícia, QUE HÁ DE SER RESTRITA AOS FATOS DA CAUSA EM QUESTÃO (APURAÇÃO DE HOMICÍDIO, LESÃO GRAVE, ETC., NO CASO) e não sobre a totalidade do conteúdo do prontuário que pode ter informações que só ao paciente e ao seu médico interessam...

No caso concreto – DESCREVER A HIPÓTESE – (DIGAMOS O JUIZ ESTÁ REQUISITANDO O PRONTUÁRIO SEM O CONSENTIMENTO EXPRESSO DO PACIENTE MESMO QUANDO ESTE É VÍTIMA NO FATO QUE ESTÁ SENDO APURADO), vê-se claramente que o magistrado impetrado está emitindo determinação ilegal, pois o destinatário NÃO PODE CUMPRI-LA POR FORÇA DE LEI. O médico e a instituição hospitalar (que também está sujeita ao regramento do Código de Ética Médica porque obrigada a se registrar perante o Conselho Regional de Medicina respectivo, por força da lei 6830/80) SÓ PODE FORNECER O PRONTUÁRIO OU QUAISQUER INFORMAÇÕES COM O CONSENTIMENTO DO PACIENTE. Em se tratando de investigação criminal e QUE NÃO COMPROMETA O PACIENTE, como referido, o médico ou a instituição devem PÔR À DISPOSIÇÃO DA AUTORIDADE A DOCUMENTAÇÃO, PARA EXAME POR PERITO MÉDICO LEGAL, QUE A EXAMINARÁ APENAS DENTRO DOS LIMITES DA INVESTIGAÇÃO E SOB SIGILO MÉDICO.

Decidir de forma diversa FERE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL (DIREITO À PRIVACIDADE) e o CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (que é lei federal em sentido material, segundo os Tribunais Superiores).

Recente Resolução do Conselho Federal de Medicina – n.º 1.605/2001 – aborda exatamente esses aspectos aqui tratados.

À evidência, pois, o paciente (que no *habeas-corpus* é o médico) está SOFRENDO OU NA AMEAÇA DE SOFRER COAÇÃO ILEGAL.

● **DA NECESSIDADE DE LIMINAR**

O paciente está sofrendo (ou na ameaça de sofrer) coação ilegal. O não deferimento da liminar implicará no agravamento da coação (ou na consumação desta), com EVIDENTE PREJUÍZO AO PACIENTE, NA SUA LIBERDADE COMO CIDADÃO.

● **DO PEDIDO**

Em face do exposto REQUER:

A) A CONCESSÃO DE LIMINAR PARA A CESSAÇÃO DOS EFEITOS DA COAÇÃO(OU AMEAÇA);
B) A NOTIFICAÇÃO DA AUTORIDADE APONTADA COATORA, PARA QUE PRESTE INFORMAÇÕES;
C) A FINAL A CONCESSÃO DEFINITIVA DA ORDEM PARA O EFEITO DE (CESSAR A COAÇÃO, TRANCAMENTO DE AÇÃO PENAL, EXTINÇÃO DO INQUÉRITO, ALVARÁ DE SOLTURA (EM CASO DE PRISÃO), SALVO-CONDUTO (EM CASO DE AMEAÇA, ETC...)

Anexa os seguintes documentos:

a)
b),,,,,

NN. TT.
P. deferimento.
Porto Alegre, data

3. Diretor Clínico, Diretor Técnico e Regimento Interno do Corpo Clínico

"Depois de sobreviver a tantos doentes, o velho médico, já no ocaso de suas andanças, descobre, desiludido pela ingratidão, que deveria ter errado mais para ser lembrado mais. Tarde demais... Felizmente!"

Viriato Moura

3. Diretor Clínico, Diretor Técnico e Regimento Interno do Corpo Clínico

DIRETOR CLÍNICO E DIRETOR TÉCNICO

O *Diretor Clínico* é o médico representante e coordenador do corpo clínico no contexto do hospital e deve ser eleito de forma direta pelos médicos da instituição. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição.

São atribuições do Diretor Clínico:

- dirigir e coordenar a assistência médica da instituição;
- desenvolver o espírito de crítica científica;
- tomar conhecimento, para as providências necessárias, de todas as solicitações do Corpo Clínico;
- encaminhar ao Diretor Técnico as sugestões e reivindicações do Corpo Clínico;
- cientificar o Diretor Técnico das irregularidades que se relacionem com a boa ordem e as normas da instituição;
- encaminhar relação de faltas e substituições no Corpo Clínico ao Diretor da instituição;
- convocar as sessões ordinárias e extraordinárias, na forma prevista neste Regimento;
- apresentar ao Diretor Técnico da instituição o relatório anual das atividades médicas;
- nomear as Comissões permanentes e temporárias do Corpo Clínico;
- delegar ao Vice-Diretor Clínico algumas de suas atribuições;

- cumprir e fazer cumprir o presente Regimento e os Estatutos da instituição, quando em consonância;
- tomar as providências para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;
- determinar que nas cirurgias eletivas o médico deve se assegurar previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive quanto à necessidade de ter como auxiliar outro médico capaz de substituí-lo em seu impedimento;
- zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica;
- observar as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;
- zelar pelo correto preenchimento dos prontuários por parte dos médicos integrantes do Corpo Clínico;
- fiscalizar o exercício profissional na instituição;
- impedir que o médico do Corpo Clínico realize procedimentos não reconhecidos pela comunidade científica ou consagrados como atos médicos.

O *Diretor Técnico* é o médico contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável médico pela instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei (Decreto 20931, de 11/01/1932).

São atribuições do Diretor Técnico:

- zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentos em vigor relacionados à assistência médica na instituição;
- assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da instituição;
- assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética do hospital;
- garantir a investidura nos cargos de diretor clínico e vice-diretor clínico aos médicos eleitos pelos demais membros do corpo clínico;

- estimular todos os seus subordinados, de qualquer profissão, a atuar dentro de princípios éticos;
- impedir que, por motivos ideológicos, políticos, econômicos ou quaisquer outros, um médico seja proibido de utilizar as instalações e recursos da instituição, particularmente quando se trata da única na localidade.

O *Corpo Clínico* é o conjunto dos médicos que atuam de modo permanente e regular numa instituição de assistência médica, seja um hospital, uma casa de saúde, uma policlínica, etc. Às vezes o corpo clínico é também chamado de corpo médico, porém a nomenclatura mais usual e consagrada pela tradição é *Corpo Clínico*.

Sendo composto única e exclusivamente por médicos, não deve ser confundido com corpo assistencial, expressão que se refere ao conjunto dos profissionais, inclusive os médicos, que prestam assistência num hospital (enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, etc.).

Compete ao Corpo Clínico:

- prestar assistência médica aos pacientes sob seus cuidados;
- prestar assistência médica aos pacientes, independentemente de cor, raça, religião, situação social ou política;
- decidir a respeito da admissão de médico ao Corpo Clínico, na forma deste Regimento;
- decidir sobre punição de médico, depois de receber os resultados da respectiva sindicância, na forma deste Regimento;
- realizar Assembléias e Reuniões Científicas;
- cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada;
- colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes;
- participar na educação sanitária da população;
- colaborar nos programas de treinamento do pessoal da instituição;
- contribuir para o aprimoramento dos padrões profissionais;
- eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, na forma do art. 17.

3.1 – A LEGISLAÇÃO

DECRETO 20.931 DE 11/01/1932 - RET 20/01/1932

Regula e Fiscaliza o Exercício da Medicina, da Odontologia, da Medicina Veterinária e das Profissões de Farmacêutico, Parteira e Enfermeira, no Brasil, e Estabelece Penas. (artigos 1º a 44º)

ART. 1º - (...)

ART.28 - Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada, poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal. No requerimento de licença para o seu funcionamento deverá o diretor técnico do estabelecimento enviar à autoridade sanitária competente a relação dos profissionais que nele trabalham, comunicando-lhe as alterações que forem ocorrendo no seu quadro.

ART.29 - A direção dos estabelecimentos destinados a abrigar indivíduos que necessitem de assistência médica e se achem impossibilitados, por qualquer motivo, de participar da atividade social, e especialmente os destinados a acolher parturientes, alienados, toxicômanos, inválidos, etc., será confiada a um médico especialmente habilitado e a sua instalação deverá ser conforme os preceitos científicos de higiene, com adaptações especiais aos fins a que se destinarem. O diretor técnico deverá facultar à autoridade sanitária a livre inspeção do estabelecimento sob sua direção, determinando o seu fechamento quando assim o exigir a autoridade sanitária, por motivo de conveniência pública ou de aplicação de penalidade, imposta por infração dos dispositivos do regulamento sanitário.

§ 1 - O **diretor técnico** que requerer à autoridade sanitária a competente licença para a abertura dos estabelecimentos citados nos artigos precedentes, deverá pedir baixa de sua responsabilidade sempre que se afastar da direção.

§ 2 - Esses estabelecimentos terão um livro especial, devidamente rubricado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro dos internos, com todas as especificações de identidade, e a anotação de todas as ocorrências verificadas desde a entrada até a saída do internado.

(...)

Lei n.º 3.999 de 15 de dezembro de 1961

(...)

Artigo 15 - Os cargos ou funções de chefias de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da Lei.

(...)

3.2 RESOLUÇÃO 1481/97 - CORPO CLÍNICO

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.481/97

O **Conselho Federal de Medicina**, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica do País, que assegurem condições de relacionamento harmonioso entre instituições e profissionais visando a melhoria da assistência prestada à saúde da população;

CONSIDERANDO que nesses Regimentos devem estar claramente expressos os deveres e direitos dos médicos e dos dirigentes das instituições prestadoras de assistência médica, visando garantir o exercício ético da Medicina;

CONSIDERANDO, ainda, ser obrigatório o registro e aprovação desses Regimentos nos Conselhos Regionais de Medicina, conforme dispõe a Resolução CFM 1.124/83;

CONSIDERANDO o aprovado em Sessão Plenária de 08 de agosto de 1997,

RESOLVE:

Art. 1º. Determinar que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes gerais abaixo relacionadas.

Art. 2º. Os Diretores Técnico e Clínico das Instituições acima mencionadas terão o prazo de 60 dias para encaminhar ao Conselho

Regional de Medicina da jurisdição em que atuam documentação comprobatória do atendimento a esta Resolução, a saber:

Parágrafo 1º. Cópia do Regimento Interno com as devidas alterações;

Parágrafo 2º. Cópia da ata da Assembléia de Corpo Clínico que aprovou o Regimento Interno com as alterações previstas nesta Resolução.

Parágrafo 3º. Caso o Regimento Interno da Instituição já atenda o previsto nesta Resolução, os Diretores Técnico e Clínico deverão encaminhar cópia do mesmo e da ata da Assembléia que o aprovou.

Art. 3º. Revogar a Resolução CFM n.º 1.445/94.

Art. 4º. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

"DIRETRIZES GERAIS PARA OS REGIMENTOS INTERNOS DE CORPO CLÍNICO DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL"

DEFINIÇÃO: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Obs. Nas instituições em que a expressão "corpo clínico" designar a totalidade de profissionais de nível superior que nela atuem, estas diretrizes aplicar-se-ão ao conjunto de médicos reunidos sob qualquer outra denominação.

OBJETIVOS: O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

- contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- estimular a pesquisa médica;
- cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;
- estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMPOSIÇÃO: O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (Art. 25 do Código de Ética Médica).

ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO: O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnico e Clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

ELEIÇÃO: O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

COMPETÊNCIAS: O Regimento Interno deverá discriminar as competências do Corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com sua categoria:

- freqüentar a Instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;
- participar das suas Assembléias e Reuniões Científicas;
- votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;
- eleger o Diretor Clínico e seu substituto, Chefes de Serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;
- decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes.
- colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

DELIBERAÇÕES: O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quorum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembléias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas.

DIREITOS E DEVERES: O Regimento Interno deverá prever os direitos dos seus integrantes, respeitando como fundamentais:

- a autonomia profissional;
- a admissão e exclusão de membros será decidida pelo Corpo Clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- acesso à Instituição e seus serviços;
- a participação nas Assembléias e Reuniões;
- direito de votar, e conforme o caso, ser votado;
- de receber a remuneração pelos serviços prestados de forma o mais direta e imediata possível;
- compete aos membros do Corpo Clínico, a decisão final sobre a prestação do serviço médico do hospital. Fica resguardado no limite dos preceitos éticos o direito do médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico.
- comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.
- os deveres dos integrantes do Corpo Clínico também deverão ser claramente expressos, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da Instituição, por fatos de natureza administrativa, através de sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados. A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembléia do Corpo Clínico. Devem ser claramente mencionados os deveres de:
- obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;
- assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

- colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;
- participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática, em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico.
- cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;
- colaborar com as Comissões específicas da Instituição.
- deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de emergência.
- caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.352/92

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO ser necessário disciplinar a extensão em que um médico pode responder pela Direção Técnica ou pela Direção Clínica dos estabelecimentos de saúde, sem, contudo, criar qualquer cerceamento ao exercício da atividade médica;

CONSIDERANDO que o médico, observadas as normas éticas e legais que regem a profissão, pode exercer seu trabalho em empresas ou instituições distintas, desde que haja compatibilidade de horários;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo Conselho Federal de Medicina em sessão plenária realizada em 17 de janeiro de 1992;

RESOLVE:

Art. 1º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Art. 2º - Fica revogado o "caput" do Art. 5º da RESOLUÇÃO CFM N.º 1.342/91, de 08 de março de 1991, mantido seu Parágrafo único.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 17 de janeiro de 1992.

3.3 - REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

ATUALIZADO DE ACORDO COM RESOLUÇÃO CFM 1481/97 E RESOLUÇÕES CREMERS N.ºS 06/01 DE 04.12.2001, 05/02 DE 07.05.2002 E 06/2002 DE 21.06.2002

CAPÍTULO I

Conceituação

Artigo 1° - O Corpo Clínico é o conjunto dos médicos que exercem suas atividades em uma instituição prestadora de serviços de assistência médica.

Parágrafo 1° - O Corpo Clínico deve manter um alto padrão moral, técnico e científico para a consecução de suas finalidades, nos termos deste Regimento Interno.

Parágrafo 2° - O Diretor Clínico representa o Corpo Clínico perante a Direção da instituição.

Artigo 2° - Os membros do Corpo Clínico gozam de plena autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Parágrafo Único - Os membros do Corpo Clínico, individualmente, respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

CAPÍTULO II

Dos objetivos do Corpo Clínico

Artigo 3º - O Corpo Clínico terá como objetivos, entre outros:

I - contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
II - assegurar a melhor assistência à clientela da instituição;
III - colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da instituição;
IV - estimular a pesquisa médica;
V - cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada;
VI - estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO III

Da Composição

Artigo 4º - O Corpo Clínico será composto das seguintes categorias de médicos:

I - beneméritos
II - honorários
III - contratados
IV - temporários
V - efetivos
VI - consultores
VII - cortesia
VIII - residentes
IX - estagiários

Parágrafo Único - Os médicos de uma dessas categorias podem participar simultaneamente de outras, respeitadas as exigências regimentais de admissão.

Artigo 5º - São membros Beneméritos os profissionais que, com quinze ou mais anos de serviços prestados à instituição, deixem a efetividade de suas funções.

Artigo 6° - São membros Honorários os profissionais que, por relevantes serviços prestados à instituição ou por seu valor pessoal e profissional, gozem de merecido conceito.

Parágrafo Único - Para a concessão de título de Membro Honorário, o Diretor Clínico submeterá ao Corpo Clínico, que a apreciará, a indicação, acompanhada de exposição de motivos e curriculum vitae. A aprovação se dará pelo voto de, no mínimo, 2/3 dos presentes à reunião.

Artigo 7° - São membros Contratados os profissionais admitidos pela Direção da instituição, de acordo com a legislação trabalhista e as normas previstas neste Regimento.

Artigo 8° - São membros Temporários os profissionais autorizados à prática da medicina, até o prazo máximo de 03 (três) anos.

Artigo 9° - São membros efetivos os profissionais antes admitidos como membros temporários após o transcurso do prazo a que se refere o artigo anterior, ou os contratados em instituição em que a contratação seja a única forma de ingresso.

Artigo 10 - São membros Consultores os profissionais de reconhecida capacidade que aceitem colaborar, quando solicitados, com o Corpo Clínico na forma deste Regimento.

Artigo 11 - São membros da Categoria de Cortesia os profissionais que, autorizados de comum acordo pela Direção Técnica e Clínica, atenderem, em caráter excepcional, pacientes particulares.

Artigo 12 - São membros da Categoria de Residentes e Estagiários os profissionais vinculados à programação do Ensino e Treinamento.

CAPÍTULO IV

Serviços Médicos

Artigo 13 - A instituição manterá os serviços médicos necessários à execução de suas finalidades, em regime de internamento ou de ambulatório.

Parágrafo Único - O sistema de atendimento através de plantões será de responsabilidade da instituição com prioridade aos membros do Corpo Clínico.

CAPÍTULO V

Direção

Artigo 14 - O Corpo Clínico será dirigido por um Diretor Clínico e um Vice-Diretor Clínico, com assessoramento, se necessário, de Comissões permanentes e temporárias.

Parágrafo 1° - O Diretor Clínico e o Vice Diretor-Clínico obrigatoriamente serão eleitos pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de no máximo 02 (dois) anos, em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

Parágrafo 2º - As competências do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e da Comissão de Ética são as previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo 3° - A Comissão de Ética somente será constituída quando o Corpo Clínico contar com número superior a cinco membros efetivos. Nos demais casos, o Diretor Clínico acumulará as atribuições dessa Comissão.

Parágrafo 4º - As Comissões, tanto permanentes como temporárias, serão nomeadas pelo Diretor Clínico, sendo a de Ética eleita pelos membros efetivos do Corpo Clínico.

Artigo 15 - O Diretor Clínico, independentemente do cargo, continuará no exercício de suas atividades profissionais normais.

CAPÍTULO VI

Competência

Artigo 16 - Ao Corpo Clínico compete:

I - prestar assistência médica aos pacientes sob seus cuidados;

II - prestar assistência médica aos pacientes, independentemente de cor, raça, religião, situação social ou política;

III - decidir a respeito da admissão de médico ao Corpo Clínico, na forma deste Regimento;

IV - decidir sobre punição de médico, depois de receber os resultados da respectiva sindicância, na forma deste Regimento;
V - realizar Assembléias e Reuniões Científicas;
VI - cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada;
VII - colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes;
VIII - participar na educação sanitária da população;
IX - colaborar nos programas de treinamento do pessoal da instituição;
X - contribuir para o aprimoramento dos padrões profissionais;
XI - eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, na forma do art. 17.

Artigo 17 - Aos médicos Efetivos compete, privativamente:
I - votar e ser votado;
II - decidir sobre a participação do Corpo Clínico em convênios, inclusive os do sistema público de saúde, firmados pela instituição, para atendimento ambulatorial e hospitalar, ressalvado o direito individual do médico de não atender a tais convênios.

Parágrafo Primeiro - Se o Corpo Clínico decidir pelo não atendimento de determinado convênio, nenhum médico poderá individualmente atender, ressalvados os membros contratados e residentes.

Parágrafo Segundo - O membro efetivo do Corpo Clínico que deixar de atuar na instituição pelo prazo de 01 (um) ano terá suspensos seus direitos previstos no caput deste artigo, ressalvado o disposto no artigo 27.

Parágrafo Terceiro - Cessará a suspensão referida no parágrafo segundo quando o médico voltar a atuar na instituição.

Parágrafo Quarto - Não se aplicam as disposições do "caput", Inciso II e parágrafos primeiro, segundo e terceiro quando todos os membros do Corpo Clínico são médicos contratados.

Artigo 18 - Ao Diretor Clínico compete:
I - dirigir e coordenar a assistência médica da instituição;
II - desenvolver o espírito de crítica científica;
III - tomar conhecimento, para as providências necessárias, de todas as solicitações do Corpo Clínico;

IV - encaminhar ao Diretor Técnico as sugestões e reivindicações do Corpo Clínico;
V - cientificar o Diretor Técnico das irregularidades que se relacionem com a boa ordem e as normas da instituição;
VI - encaminhar relação de faltas e substituições no Corpo Clínico ao Diretor da instituição;
VII - convocar as sessões ordinárias e extraordinárias, na forma prevista neste Regimento;
VIII - apresentar ao Diretor Técnico da instituição o relatório anual das atividades médicas;
IX - nomear as Comissões permanentes e temporárias do Corpo Clínico;
X - delegar ao Vice-Diretor Clínico algumas de suas atribuições;
XI - cumprir e fazer cumprir o presente Regimento e os Estatutos da instituição, quando em consonância; havendo divergência, prevalece o estabelecido no Regimento;
XII - tomar as providências para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;
XIII - determinar que nas cirurgias eletivas o médico deve se assegurar previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive quanto à necessidade de ter como auxiliar outro médico capaz de substituí-lo em seu impedimento;
XIV - zelar pela fiel observância do Código de Ética Médica;
XV - observar as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;
XVI - zelar pelo correto preenchimento dos prontuários por parte dos médicos integrantes do Corpo Clínico;
XVII - fiscalizar o exercício profissional na instituição;
XVIII - impedir que o médico do Corpo Clínico realize procedimentos não reconhecidos pela comunidade científica ou consagrados como atos médicos.

Artigo 19 - Ao Vice-Diretor Clínico compete:
I - substituir o Diretor Clínico nos seus eventuais impedimentos;
II - desempenhar as tarefas que lhe forem delegadas pelo Diretor Clínico;
III - auxiliar o Diretor Clínico.

CAPÍTULO VII

Direitos e Deveres

Artigo 20 - São direitos fundamentais dos integrantes do Corpo Clínico:

I - a autonomia profissional;
II - decidir quanto à admissão e exclusão de membros, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes, na forma do artigo 17;
III - acesso à instituição e seus serviços;
IV - a participação nas Assembléias e Reuniões;
V - votar, e, conforme o caso, ser votado, na forma do artigo 17;
VI - receber a remuneração pelos serviços prestados da maneira mais direta e imediata possível;
VII - decidir autonomamente não atender pacientes vinculados a convênios, mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico, na forma deste Regimento;
VIII - decidir de forma final sobre a prestação do serviço médico.

Parágrafo Único: O disposto no artigo 20, Inciso II e VII não se aplica na hipótese de os membros efetivos do Corpo Clínico serem todos contratados.

Artigo 21 - São deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

I - comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;
II - obediência ao Código de Ética Médica; ao Regimento Interno do Corpo Clínico e ao Estatuto da Instituição quando em consonância; havendo divergência, prevalecem o Código de Ética Médica e o Regimento Interno do Corpo Clínico;
III - assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
IV - colaborar com os colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado; participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;
V - cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição quando em consonância;
VI - elaborar corretamente prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso;

VII - colaborar com as Comissões específicas da instituição;
VIII - deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em situações de urgência e emergência.

Parágrafo 1º - O descumprimento dos deveres pelo integrante do Corpo Clínico sujeitará o infrator às sanções previstas neste Regimento Interno, após sindicância com amplo direito de defesa.

Parágrafo 2º - Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza recurso ao CREMERS.

CAPÍTULO VIII

Admissão e Exclusão

Artigo 22 - O requerimento de admissão ao Corpo Clínico, acompanhado de documentação necessária, será dirigido ao Diretor Clínico que o submeterá ao Corpo Clínico em 30 (trinta) dias a contar da data em que foi protocolado o pedido.

Parágrafo 1º - A aprovação será por deliberação da Assembléia Geral do Corpo Clínico, pela maioria simples dos membros presentes.

Parágrafo 2º - A decisão do Corpo Clínico será fundamentada com a presença do médico postulante, que terá direito à palavra na reunião.

Parágrafo 3º - O Diretor Clínico encaminhará o aprovado à direção administrativa da instituição em, no máximo 05 (cinco) dias; esta disporá, por sua vez, de um prazo máximo de 07 (sete) dias para manifestar-se. O silêncio da direção implicará na aceitação tácita.

Parágrafo 4º - Em caso de discordância da direção administrativa da instituição, esta deverá ser fundamentada e remetida ao Corpo Clínico, que somente poderá rejeitá-la pelo voto de 2/3 dos presentes, em um prazo não superior a 15 (quinze) dias.

Parágrafo 5º - Da decisão final cabe recurso ao Cremers, em um prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Parágrafo 6º - Não se aplica o disposto neste artigo à hipótese em que todos os membros efetivos do Corpo Clínico sejam contratados pelo hospital.

Artigo 23 - Terão direito a voto somente os membros efetivos do Corpo Clínico.

Artigo 24 - Os médicos contratados pela instituição e que não passarem na tramitação normal para ingresso no Corpo Clínico não serão considerados membros efetivos do Corpo Clínico, salvo a hipótese em que todos os médicos do hospital sejam contratados e assim sejam efetivos no Corpo Clínico.

Artigo 25 - Os candidatos ao Corpo Clínico no Grupo de Temporários deverão anexar os seguintes documentos:

I - carteira de identidade de médico com registro no CREMERS;
II - indicação da área de atuação, com o número de inscrição no Registro de Qualificação de Especialidade no Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, quando o tiver;
III - "curriculum vitae";
IV - quitação da anuidade do CREMERS.

Artigo 26 - As decisões denegatórias e os casos de exclusão poderão ser objeto de pedido de reexame ao Corpo Clínico, no prazo de trinta (30) dias, contados da ciência ao interessado. O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de dez (10) dias. Em primeira convocação o quorum mínimo será de 2/3 dos membros do Corpo Clínico e em segunda convocação, após uma (1) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

Parágrafo 1° - As decisões do Corpo Clínico, quer as originárias quer a de reexame, serão tomadas por votação nominal ou simbólica, sendo direito do interessado obter certidão da ata.

Parágrafo 2° - Caso o pedido de reexame venha a ser julgado improcedente, o interessado poderá recorrer ao Conselho Regional de Medicina, no prazo de trinta (30) dias, justificando fundamentadamente suas razões.

Artigo 27 - O médico que tiver de se afastar da sede da instituição cujo Corpo Clínico integra, nele desejando continuar, deverá formalmente comunicar o afastamento vinculado ao período de ausência, nunca superior a três (03) anos, sob pena de exclusão decorrido um (01) ano.

Artigo 28 - Será considerada falta ética grave um médico aceitar a sua contratação pelo estabelecimento de saúde em substituição a um médico contratado demitido quando na defesa dos princípios éticos da profissão.

Parágrafo Primeiro - Cabe ao Cremers quando provocado, emitir declaração sobre o mérito da eticidade da motivação que gerou a demissão.

Parágrafo Segundo - Quando a demissão for considerada antiética, cabe ao Diretor Técnico tomar as medidas cabíveis para que a administração da instituição corrija o ato e que se abstenha de concretizar futuras ações dessa natureza.

CAPÍTULO IX

Penalidades

Artigo 29 - As transgressões a este Regimento, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores às seguintes penas;

I - advertência reservada por escrito;
II - censura reservada por escrito;
III - afastamento temporário do Corpo Clínico pelo prazo de trinta a cento e oitenta dias;
IV - exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Primeiro - Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata de penalidade mais severa, a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

Parágrafo Segundo - Na hipótese de o Corpo Clínico ser constituído por membros efetivos exclusivamente contratados, a assembléia do Corpo Clínico apenas sugerirá à direção da instituição as penas previstas nos Incisos III e IV do artigo 28.

Artigo 30 - Nenhuma penalidade será imposta sem sindicância, regularmente processada, assegurando-se ao acusado o mais amplo direito de defesa.

Artigo 31 - A execução de qualquer penalidade, por transgressão a este Regimento, imposta pelos membros efetivos do Corpo Clínico, caberá ao Diretor Clínico.

Parágrafo Único - No caso de indício de infração ética, será remetida cópia da sindicância procedida ao CREMERS, que tomará as providências cabíveis de sua alçada.

CAPÍTULO X

Reuniões

Artigo 32 - As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez por mês, sob a presidência do Diretor Clínico.

Parágrafo Único - As reuniões terão ata lavrada em livro próprio e redigida por um Secretário designado pelo Presidente.

Artigo 33 - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelo Diretor Clínico como por 1/3 dos membros efetivos do Corpo Clínico, presidida, no último caso, por um deles, na ausência do Diretor Clínico, com antecedência mínima de 24 horas.

Parágrafo Único - Em primeira convocação o quorum mínimo será de 2/3 dos membros do Corpo Clínico e em segunda convocação, após uma (1) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

Artigo 34 - As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros efetivos presentes.

Artigo 35 - As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta, com antecedência mínima de cinco dias, salvo urgência justificada.

CAPÍTULO XI

Comissões

Artigo 36 - As comissões serão permanentes e temporárias, conforme o disposto no artigo quatorze e seu parágrafo quarto.

Artigo 37 - A Comissão de Ética, permanente, de três membros, um dos quais será seu Presidente, será escolhida entre os membros efetivos do Corpo Clínico em eleição presidida pelo Diretor Clínico.

Parágrafo 1° - O mandato dos integrantes da Comissão de Ética terá duração de cinco anos, coincidindo com o dos Conselheiros do CREMERS.

Parágrafo 2° - As Comissões de Ética Médica ficam vinculadas ao CREMERS, diretamente ou através das Delegacias Seccionais.

Artigo 38 - São atribuições da Comissão de Ética:

I - assessorar o Diretor Clínico nas matérias de ordem ética;

II - cooperar com o Diretor Clínico no cumprimento das obrigações deste e do Corpo Clínico perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

III - esclarecer os integrantes do Corpo Clínico quanto aos preceitos do Código de Ética Médica relacionados com a prática de atos médicos no estabelecimento;

IV - promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

V - instaurar sindicância interna para apurar eventuais infrações éticas, ou coligir dados sobre doença incapacitante do médico, ouvindo os interessados, testemunhas e peritos, e exercer todos os demais atos adequados à apuração dos fatos;

VI - comunicar diretamente ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul ou sua respectiva Delegacia Seccional, as conclusões da sindicância, quando caracterizados indícios de infração ética ou de doença incapacitante de médico, independentemente das que devam ser feitas aos demais órgãos e autoridades competentes, inclusive no que diz respeito aos profissionais não médicos;

VII - zelar pela ética nos projetos de pesquisa médica, acompanhando seu desenvolvimento;

VIII - coibir práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

IX - zelar pelo livre exercício da medicina, denunciando ao CREMERS fatos que estejam cerceando o exercício profissional.

Artigo 39 - Poderão ser criadas outras comissões, tanto permanentes quanto temporárias, devendo ter finalidades claramente definidas.

CAPÍTULO XII

Disposições Gerais

Artigo 40 - O Diretor do Corpo Clínico não poderá acumular o cargo de Diretor Técnico em hospitais com mais de 10 (dez) médicos.

Artigo 41 - O médico aceito no Corpo Clínico para trabalhar em uma determinada área médica não poderá atuar por conta própria em área diversa, salvo em urgência e emergência.

Artigo 42 - O médico aceito no Corpo Clínico para trabalhar em uma determinada área médica não poderá ser designado ou obrigado a exercer sua atividade em área diversa da que foi aceito.

Artigo 43 - Este regimento revoga, expressamente, o Regimento anterior.

Porto Alegre, 21 de junho de 2002.

3.5 – RESOLUÇÕES

RESOLUÇÃO CFM n.º 997/80

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os estabelecimentos de saúde mencionados no Decreto n.º 20.931/32 devem ser dirigidos por médicos designados Diretores Técnicos e que devem ser os seus principais responsáveis;

CONSIDERANDO que o Decreto n.º 76.973/75 permite o funcionamento desses estabelecimentos, quando licenciados pela autoridade sanitária;

CONSIDERANDO que nesses estabelecimentos de saúde se exerce basicamente a profissão de médico;

CONSIDERANDO a necessidade de criar maiores facilidades às ações supervisoras e fiscalizadoras dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que essas ações supervisoras e fiscalizadoras devem alcançar necessariamente todos os estabelecimentos onde a profissão médica é exercida;

CONSIDERANDO finalmente o decidido em sessão plenária deste Conselho, realizada em 23 de maio de 1980;

RESOLVE:

Art. 1º - Ficam criados nos Conselhos Regionais de Medicina e no Conselho Federal de Medicina os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de direção médica, respectivamente, com a finalidade de propiciar melhores condições ao desempenho da ação fiscalizadora de competência daqueles órgãos.

Art. 2º - Os estabelecimentos de saúde, também chamados serviços de saúde ou unidade de saúde, onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde e que sejam de direção técnica de médicos, deverão ser cadastrados no Conselho Regional de Medicina da área correspondente à sua localização.

Art. 3º - Os pedidos de inscrição no Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde mantidos nos Conselhos Regionais é de competência do médico que estiver investido na direção técnica do mesmo, sendo consequentemente o seu principal responsável e deve ser acompanhado de prova de que seu funcionamento está licenciado e regularizado nas repartições competentes e mais ainda da prova de que o peticionário tem situação regular perante o Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - Os Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde que já estejam em funcionamento deverão providenciar junto aos Conselhos Regionais de Medicina, dentro de sessenta (60) dias, a contar da data da publicação desta Resolução, o cadastramento dos estabelecimentos que dirigem.

Art. 5º - A denominação dos estabelecimentos de saúde deve estar de acordo com os conceitos e definições postas em vigor pelo Ministério da Saúde.

Art. 6º - Os Conselhos Regionais de Medicina deverão encaminhar ao Conselho Federal os dados relativos aos cadastramentos dos estabelecimentos de saúde feitos em suas respectivas áreas, para a formação e atualização do Cadastro Central dos citados estabelecimentos.

Art. 7º - Os Médicos Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde estão obrigados a remeter ao Conselho Regional de Medicina, no 1º trimestre de cada ano, a relação dos profissionais médicos que atuam no estabelecimento, bem como comunicar as alterações que forem se verificando no decorrer de cada ano.

Art. 8º - No caso de afastamento do Médico Diretor Técnico do estabelecimento de saúde, deverá o cargo ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico legalmente habilitado, e essa substituição comunicada, dentro de vinte e quatro (24) horas ao Conselho Regional de Medicina, sob pena de procedimento disciplinar, envolvendo o médico que se afasta e aquele que substitui, caso haja omissão daquela providência.

Art. 9º - Os estabelecimentos de saúde, que sob qualquer forma divulgarem anúncios, respondem, na pessoa de seu Diretor Técnico, perante os Conselhos Regionais de Medicina, pelos aspectos antiéticos dos mesmos anúncios.

Art. 10 - Os estabelecimentos de saúde, que sob qualquer forma anunciarem especialidades médicas, deverão ter a seu serviço profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, nas correspondentes especialidades.

Parágrafo único - A não observância do estabelecido neste artigo constitui infringência ética, por parte do Diretor Técnico.

Art. 11 - O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

Art. 12 - A falta de cumprimento no disposto nesta Resolução, por parte dos médicos, Diretores Técnicos dos estabelecimentos de saúde, constitui obstáculo à ação fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina, configurando infração ética, sujeita à ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais.

Art. 13 - A presente Resolução passa a vigorar após sua publicação no Diário Oficial da União.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.342/91

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que, de acordo com o artigo 15 da Lei n.º 3.999, de 15.12.61, os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO que o Art. 28 do Decreto n.º 20.931/32 preceitua que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente tem que funcionar com um Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO que o Art. 12 do Decreto n.º 44.045/58 e a Lei n.º 6839/80 estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Art. 3º da RESOLUÇÃO CFM N.º 1.214/85, a obrigatoriedade do registro e do cadastramento abrange também a filial, a sucursal, a subsidiária, ambulatórios e todas as unidades de atendimento médico;

CONSIDERANDO que o Art. 8º da Resolução CFM N.º 997/80 determina que, no caso de afastamento do médico Diretor Técnico, o cargo deverá ser imediatamente ocupado pelo seu substituto, também médico;

CONSIDERANDO que o Art. 11 da mesma Resolução CFM N.º 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO que ao Diretor Técnico compete assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos;

CONSIDERANDO que ao Diretor Clínico compete a supervisão da prática médica realizada na instituição;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 08 de março de 1991.

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

Art. 2º - São atribuições do Diretor Técnico:

a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.

b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.

c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

Art. 3º - São atribuições do Diretor Clínico:

a) Diretor e coordenar o Corpo Clínico da instituição.

b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.

c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

Art. 4º - O Diretor Clínico será eleito pelo Corpo Clínico, sendo-lhes assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Art. 5º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em uma única instituição pública ou privada, prestadora de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Parágrafo único - Face às peculiaridades das instituições, é permitido ao médico o exercício simultâneo das funções de Diretor Técnico e de Diretor Clínico.

Art. 6º - Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Técnico ou do Diretor Clínico, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - A substituição do Diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o Diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para a observância da presente Resolução pelas instituições e pelos profissionais médicos.

Art. 8º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1493/98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a necessidade presente de situar e definir nos exatos e devidos termos a responsabilidade do médico com relação às internações hospitalares;

CONSIDERANDO que os pacientes internados, em instituições hospitalares não podem ser assistidos apenas pelos médicos plantonistas cujas atribuições devem ficar voltadas para situações não rotineiras;

CONSIDERANDO que a responsabilidade médica permanece individual para com o doente, em quaisquer tipos de organização de assistência médica;

CONSIDERANDO que é direito do paciente ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta;

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que o Diretor Técnico é o principal responsável pelos atos médicos praticados no âmbito das organizações hospitalares ou de assistência médica;

CONSIDERANDO que o artigo 12 do Decreto n.º 44.045/58 e a Lei n.º 6.839/80 estabeleceram que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 11 da Resolução CFM n.º 997/80 estabelece que o Diretor Técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a ele ficaram subordinados hierarquicamente;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária de 15 de maio de 1998.

RESOLVE:

1 - Determinar ao Diretor-Clínico do estabelecimento de saúde que tome as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta.

2 - Determinar que nas cirurgias eletivas o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive, quanto a necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento.

3 - Revogam-se as disposições em contrário.

4 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

4. Comissão de Ética Médica

"Que este processo de fazer arte cause estranheza, não admira; o que admira é que haja cousa alguma que não cause estranheza."

Fernando Pessoa

4. Comissão de Ética Médica

4.1 - A IMPORTÂNCIA DAS COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

As Comissões de Ética Médica foram criadas pelo Conselho Federal de Medicina mediante a Resolução n.º 125/85, de 11 de julho de 1985, que determinou aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissão de Ética em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exercem a medicina nas respectivas jurisdições.

É importante ressaltar que as Comissões de Ética Médica não possuem competência para realizar julgamento e nem estabelecer penalidades nas questões éticas. A Comissão de Ética Médica, ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, deverá instaurar uma sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas arroladas ou envolvidas, bem como a juntada das provas. Uma vez constatado o indício de infração ao Código de Ética Médica, deverá encaminhar ao Conselho Regional de Medicina. Cópia de toda esta documentação que deverá ser mantida arquivada.

As Comissões de Ética Médica têm um papel importante no sentido preventivo com relação ao erro médico, que poderá ser feito promovendo cursos, palestras, simpósios, educação médica continuada, podendo contar para isso, com os recursos disponíveis no Cremers.

As Comissões de Ética Médica são compostas, em princípio, por três membros, sendo um presidente e dois secretários, com mandato de cinco anos coincidindo com o mandato dos Conselheiros do Cremers. Por ocasião das eleições são escolhidos, também, três suplentes. (vide Resolução 1.657/2002).

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/02

Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a Lei nº 3.268/57, referente à competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviços de relevância aos Conselhos Regionais de sua jurisdição;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.481/97, que estabelece diretrizes para os Regimentos Internos dos Corpos Clínicos;

CONSIDERANDO que os princípios aplicados aos médicos são também aplicáveis às organizações de assistência médica;

CONSIDERANDO as diversas resoluções sobre o tema editadas por todos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de dezembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º - Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único - Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Art. 2º - Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente resolução.

Art. 3º - Revoga-se a Resolução CFM nº 1.215/85 e demais disposições em contrário.

Art. 4º - a presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de dezembro de 2002.

ANEXO da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002

REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

Capítulo I

Das definições

Art. 1º - As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º - As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único - Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Capítulo II

Da composição, organização e estrutura

Art. 3º - As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º - As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
b) Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
c) Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;
d) Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;
e) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;
f) Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizadas no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º - Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º - O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses.

Art. 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único - Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Capítulo III

Da competência

Art. 10 - Compete às Comissões de Ética:

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
l) Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 - Compete aos membros da Comissão de Ética:
a) Eleger o presidente e secretário;
b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;
d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12 - Compete ao presidente da Comissão de Ética:
a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 - Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:
a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Capítulo IV

Das eleições

Art. 14 - A escolha dos membros das CEMs será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regulamento.

Art. 15 - A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 - Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 - O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 - A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único - Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V

Do funcionamento

Art. 24 - As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 - Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 - Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Art. 27 - As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28 - A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
b) Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 - O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único - Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33 - Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 - Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 - Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

Capítulo VI

Das disposições finais

Art. 36 - As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1º - As normas do presente Regulamento referentes às eleições das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, para os Conselhos Regionais de Medicina previstas para agosto de 2003.

Parágrafo 2º - As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art. 37 - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 - Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

4.2 A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E SUAS ATRIBUIÇÕES

A Comissão de Ética é composta por médicos, um dos quais será seu Presidente, escolhida entre os membros efetivos do Corpo Clínico, através de eleição presidida pelo Diretor Clínico, o número de componentes da Comissão de Ética Médica pode mudar de acordo com a Resolução CFM nº 1.657/2003, artigo 4º:

> *Art. 4º - As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:*
>
> *g) Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;*
>
> *h) Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;*
>
> *i) Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;*
>
> *j) Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;*
>
> *K) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;*
>
> *l) Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizadas no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.*

De acordo com o artigo 38, do Regimento Interno do Corpo Clínico – Resolução nº 06/2001 deste Cremers, são atribuições da Comissão de Ética:

- assessorar o Diretor Clínico nas matérias de ordem ética;
- cooperar com o Diretor Clínico no cumprimento das obrigações deste e do Corpo Clínico perante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;
- esclarecer os integrantes do Corpo Clínico quanto a preceitos do Código de Ética Médica relacionados com a prática de atos médicos no estabelecimento;
- promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- instaurar sindicância interna para apurar eventuais infrações éticas, ou coligir dados sobre distúrbio mental em médico, ouvindo os interessados, testemunhas e peritos e exercer todos os demais atos adequados à apuração dos fatos;
- comunicar diretamente ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul ou através de sua respectiva Delegacia Seccional as conclusões da sindicância, quando caracterizados indícios de infração ética ou de doença mental de médico, independentemente das que devam ser feitas aos demais órgãos e autoridades competentes, inclusive no que diz respeito aos profissionais não médicos;
- opinar sobre a ética de projeto de pesquisa médica, acompanhando seu desenvolvimento;
- coibir praticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- zelar pelo livre exercício da medicina, denunciando ao CREMERS fatos que estejam cerceando o exercício profissional.

A Comissão de Ética pode ser acionada por qualquer membro do Corpo Clínico ou pela direção do estabelecimento de assistência médica.

Instaurada uma sindicância para apurar eventuais infrações éticas ou coligir dados sobre distúrbio mental em médico, a Comissão de Ética deve ouvir todos os profissionais que tiveram alguma participação nos fatos a serem apurados. Os depoimentos devem ser por escrito e assinados pelos depoentes.

A Comissão de Ética deve encaminhar ao Cremers sindicâncias sempre que entender que, existem indícios de infração ao Código de Ética Médica bem como suspeita de médico ser portador de doença incapacitante para o exercício da medicina, tendo em vista ser o Conselho Regional de Medicina o órgão com competência para julgar e disciplinar a classe médica.

Concluindo, a Comissão de Ética pode ser acionada pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico, por grupos de médicos, por ela mesma, ou por qualquer médico que tenha interesse em sua manifestação.

Devem ser encaminhadas ao Cremers as sindicâncias solicitadas por este órgão e quando a Comissão de Ética entender que existem indícios de falta ética.

PARECER CREMERS nº 115/97

EMENTA: *Comissão de Ética. Se um de seus membros estiver envolvido em uma queixa, deverá ser substituído por um médico integrante do Corpo Clínico, designado especificamente para participar dos trabalhos referentes à realização de sindicância.*

Na hipótese de um dos membros da Comissão de Ética estar envolvido em uma queixa, deverá o Presidente da Comissão de Ética designar um outro integrante do Corpo Clínico, para substituir o médico envolvido, especificamente para participar de realização de sindicância referente aos fatos da queixa em questão, tendo em vista o impedimento do médico acusado de participar daquela sindicância.

Se um dos membros da Comissão de Ética pedir afastamento em caráter definitivo e não tiver suplentes, deve o fato ser comunicado ao Diretor Clínico, para que este proceda eleição com o objetivo de escolher o profissional que irá substituir o membro da Comissão de Ética que requereu afastamento, nos termos do Regimento Interno do Corpo Clínico. Se o afastamento for motivado por impedimento de participar de eventual sindicância, a Comissão de Ética designará outro profissional do Corpo Clínico para substituir o integrante da referida Comissão, que estaria impedido por algum motivo relevante, de participar dos trabalhos.

Roteiro para Comissão de Ética

1. A Comissão de Ética tomando conhecimento, por qualquer forma, de fato que possa ter ferido a ética médica ou que se relacione com o exercício irregular da medicina, tanto profissional como legal, deverá abrir sindicância para o devido esclarecimento e tomar medidas correlatas.

2. A competência das Comissões de Ética consta do Regimento Interno do Corpo Clínico elaborado pelo CREMERS, em seu artigo 38 e na Resolução 1657/2002.
3. Na sindicância instaurada, a Comissão de Ética deverá ouvir os interessados, as testemunhas e os peritos, se os houver.
4. Na audiência respectiva, deverão os depoimentos ser registrados num Termo de Depoimento, no qual constarão o nome do depoente e sua profissão, além da data e local onde está sendo tomado o depoimento.
5. Nesse depoimento deverão constar as respostas dadas às perguntas formuladas pela Comissão de Ética. Estas respostas serão precedidas das letras **"PR"** , que significam: **perguntado respondeu.**
6. As perguntas, tanto aos interessados quanto às testemunhas, deverão ser objetivas e relacionadas diretamente ao fato investigado, dispensando-se assuntos irrelevantes.
7. Terminada a sindicância, deverá ser lavrada uma **"ATA"** , da qual constarão um resumo das atividades realizadas pela Comissão de Ética, a conclusão a que chegou e as providências tomadas.

MODELOS

Ofício de Convocação
(Entrega em mãos ou com AR – Aviso de Recebimento do Correio)

Of. N.º ...../2004 Cidade, ... de ..... de 2___

Senhor

Convocamos V.Sª. para comparecer no (local) ..... do Hospital ..... no dia ..... (....) de 2001, às ..... (.....) horas, para prestar esclarecimentos perante a Comissão de Ética Médica.

Atenciosamente,
Dr. .....
Presidente da Comissão de Ética Médica

Ilmo. Sr.
Dr. .....
Rua
Cidade - RS

Termo de Esclarecimento

Aos ..... dias do mês de ..... de 2___, às ..... horas, no hospital ....., compareceu o Dr. ..... – Cremers n.º.... , para prestar esclarecimentos perante a Comissão de Ética Médica, referente a ..... PR. que ..... PR. que ..... . PR. que ..... Nada mais foi dito e nem perguntado, assim foi encerrado o presente Termo, que vai por todos assinado, e eu ....., secretário(a) da Comissão de Ética Médica, o datilografei e assino .....

Dr. .....
Depoente

Dr. .....
Presidente da Comissão de Ética Médica

Ata de Encerramento – Ata de Sessão

Aos ..... dias do mês de ..... de 2004, os membros da Comissão de Ética Médica do Hospital ....., após os esclarecimentos do Dr. ..... sobre a denúncia feita por / ou sobre o ocorrido em ....., decidiram..... . Nada mais havendo, foi encerrada a presente sessão , sendo lavrada a presente ata que vai por todos assinada, e eu ....., secretário(a) da Comissão de Ética Médica, a datilografei e assino..... .

Dr. .....
Presidente da Comissão de Ética Médica

Dr. .....
Secretário da Comissão de Ética Médica

Dr. .....
Secretário da Comissão de Ética Médica

5. Fiscalização

5. Fiscalização

É uma das funções mais importantes do Cremers. O Conselho Federal de Medicina elaborou um manual para ser adotado em todos os CRMs. Médicos fiscais, sob a coordenação de uma comissão, deverão atuar em todo o Rio Grande do Sul.

A Comissão de Fiscalização tem por princípio estabelecer o processo de fiscalização do trabalho médico propriamente dito, bem como as condições de trabalho do médico, dos estabelecimentos de saúde já registrados, assim como a fiscalização que visa a identificação de empresas não registradas.

Para desenvolver o trabalho de fiscalização é necessário seguir o *"Manual de Fiscalização e Roteiros de Vistorias"*, que é composto de 25 roteiros a seguir listados:

- Hospital Geral
- Maternidade
- Pronto-Socorro/Pronto-Atendimento
- Unidade de Terapia Intensiva
- Anestesiologia
- Controle de Infecção Hospitalar
- Hospital Psiquiátrico
- Serviço de Hemoterapia
- Serviço de Nefrologia
- Clínico de Imagem e Mediina Nuclear
- Radioterapia
- Oncologia Clínica

- Consultório Médico
- Clínica Médica Especializada
- Clínica de Vacinação
- Ambulatório de Empresas
- Posto de Saúde – Unidade Básica de Saúde
- Unidade Móvel de Transporte e Atendimento
- Laboratório de Análises Clínicas
- Banco de Olhos
- Instituto Médico Legal
- Clínica de Estética e Similares
- Clínica de Idosos e Similares
- Operadora de Planos de Saúde

Os roteiros listados foram elaborados com ênfase nas seguintes áreas:

- **Serviços Médico-Hospitalar**
  - identificação, natureza
  - referência e contra-referência
  - comissões e estrutura gerencial
  - unidade assistencial
  - pronto-socorro e pronto-atendimento
  - ambulatório
  - centro cirúrgico e centro obstétrico
  - serviço de anestesiologia
  - unidade de terapia intensiva
  - recursos humanos
  - dados de produção
  - publicidade

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico**
  - laboratório
  - serviço de Diagnóstico por Imagem
  - métodos Gráficos
  - serviço de hemoterapia
  - serviço de nefrologia
  - medicina nuclear
  - radioterapia
  - oncologia clínica
- **Serviço de Apoio Técnico**

- centro de esterilização de material
- farmácia/serviço de arquivo médico e estatístico
- unidade de nutrição e dietética
- lavanderia
- higiene
- segurança

- **Outros Serviços**
  - Instituto médico-legal
  - Clínica de embalsamamento, formolização e cosmetologia
  - Clínica de estética e similares
  - Clínica de idosos e similares

Recomendações Importantes para a Vistoria

- Realizar, sempre que possível, as atividades de fiscalização com mais de um profissional médico;

- Estabelecer ações conjuntas, quando necessárias, com as autoridades sanitárias locais, Conselhos de Saúde, outros Conselhos de profissão regulamentada, Ministério Público e Judiciário.

- Elaborar relatório pormenorizado após vistoria, de acordo com as orientações constantes no protocolo.

- Realizar cuidadosa análise do estabalecimento, avaliando suas reais condições de funcionamento, utilizando os indicadores normalmente aplicáveis a cada caso.

- Relacionar no Termo de Fiscalização as irregularidades encontradas no estabelecimento e, juntamente com a cópia do Relatório de Fiscalização, repassá-lo aos responsáveis técnicos pelo local vistoriado, a fim de que tomem as providências para saná-las (deve-se fixar prazo para o saneamento das irregularidades existentes, se estas não impedirem o funcionamento do estabelecimento), sem prejuízo das medidas eventualmente cabíveis.
- Tomar providências imediatas se as irregularidades encontradas comprometerem sobremaneira as condições de fun-

cionamento do estabelecimento ou puserem em risco a saúde dos pacientes ou da população.

- Realizar, sempre que possível, um levantamento de todos os expedientes e registros que estiverem em trâmite no Conselho a respeito do estabelecimento objeto da vistoria.

- Realizar documentação fotográfica das vistorias, sempre que possível.

- Se o serviço fiscalizado fizer uso de publicidade, verificar se a mesma está em conformidade com as normas emanadas pela Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME).

PARECER CFM Nº 612/98

EXPEDIENTE CFM Nº 003284, DE 13/O5/98
CONSULENTE: CRM - ESPÍRITO SANTO

EMENTA: *registro de clínicas e hospitais em conselhos de fiscalização de profissões afins à medicina. Desnecessário o registro, haja vista que a atividade básica daqueles limita-se à prestação de serviços médicos.*

1. Trata-se de consulta formulada pela então Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, nos seguintes termos:

"Desde 1997, estamos recebendo várias denúncias de Diretores Clínicos de Hospitais/Clínicas, tendo em vista que o COREN/RS, está exigindo a inscrição dos mesmos naquele Conselho. Se não bastasse isto, deparamo-nos também com a exigência formulada pela Vigilância Sanitária Estadual de Saúde, que exige, além do registro no CRM, registro também no COREN e CRF.

Informamos também que, devido à pressão que é feita por parte dos fiscais do COREN/ES, já existem vários Hospitais/Clínicas registrados ou então que já recolhem anuidade e ainda não concretizaram o registro. No interior do Estado, onde eles mais atuam, ao impor tal registro junto aos Diretores, eles ameaçam inclusive com o fechamento das Unidades de Saúde.

2. A questão em análise cinge-se, portanto, à obrigatoriedade

do registro de hospitais e clínicas pela sua atividade básica e ainda por outras atividades secundárias, as quais servem de apoio à primeira, obrigação esta que vem sendo imposta tanto por autoridade da Secretaria Estadual de Vigilância Sanitária quanto pelos Conselhos de profissões liberais envolvidos, em especial os que fiscalizam o profissional farmacêutico e o profissional de enfermagem.

3. A Lei n° 6.839/80, em seu artigo 1°, é clara ao informar que "o registro de empresas e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, serão obrigatórios nas entidades competentes para a fiscalização do exercício de diversas profissões, em razão da atividade básica ou em relação àquela pela qual prestem serviços a terceiros .

4. A jurisprudência dos mais diversos Tribunais do País é assente, e de hialina clareza, quanto à obrigatoriedade de registro tão-somente pela atividade-fim da empresa prestadora de serviços, dispensando-se os registros de quaisquer outras atividades-meio. Nesse sentido, vale a remissão a alguns julgados, verbis:

O CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL - COREN/DF agrava-se do r. despacho de fls. 245/246, ao entendimento de que:

Na fundamentação aponta divergência com precedentes do extinto TFR e STF e quanto à negativa o artigo 1° da Lei n° 6.839/80.

Já com relação à negativa de vigência, não encontro base para a abertura da via recursal especial.

O enfoque é dado à parte final do artigo 1° da Lei n° 6.839/80, que determina ser obrigatório o registro das empresas e dos profissionais da área que executem as tarefas, sejam as atividades básicas ou aquela pela qual prestem serviços a terceiros.

Pelo que se depreende da norma, se a empresa for exclusiva de prestação de serviços de enfermagem, deve ter seu registro no Conselho. Agora, se a atividade de enfermagem não for básica, mas secundária, ainda assim as empresas devem ser registradas.

A exegese dada à parte final, desgarrando-a do início mostra-se equivocada. Não se cuida de empresa que preste serviços de enfermagem. O caso é de hospital, que pratica a medicina, segundo os autos dão conta, de natureza curativa, cujos profissionais são médicos. Como não podem executar a tarefa sozinhos, agregam profissionais diversos, tais como atendentes, telefonistas, motoristas, e também enfermeiros. A junção dos profissionais não obriga o registro da empresa em diferentes Conselhos, como decidiu o v. acórdão, não sensibilizando a alegação de inserida no recurso de que foi negada vigência ao dispositivo.

5. Outro não é o entendimento do Eg. Tribunal Regional Federal da 1ª Região que, em diversos julgados assentou, verbis:

> "EMENTA - ADMINISTRATIVO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. EXIGÊNCIA. ATIVIDADE MEIO.
>
> 1. Não cabe exigir registro no Conselho Regional de Enfermagem de hospital devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.
>
> 2. O definidor no nosso sistema é o registro único, ou seja, basta o registro pela atividade básica (Lei n° 6.839/80).
>
> 3. Apelo a que se nega provimento."
>
> (TRF/1ª Região – 1ª Turma - AC 96.01.02662-2/MG - Rel. J. Leite Soares - j. 24/06/97 - Unânime)

> "EMENTA - ADMINISTRATIVO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM.REGISTRO. HOSPITAL. ATIVIDADE FIM. LEI 6.839l80.
>
> Como ressai dos autos, a atividade de enfermagem é atividade-meio e não atividade-fim de modo a determinar a obrigatoriedade de inscrição de hospital na entidade de fiscalização - o Conselho de Enfermagem/PI.
>
> O critério definidor de obrigatoriedade de registro de empresas e da anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas encarregados, nos conselhos de fiscalização das profissões, assenta-se na atividade básica da empresa, ou firma-se em relação à natureza dos serviços que a empresa presta a terceiros, a teor da Lei n° 6.839/80.
>
> Apelo provido."
>
> (TRF/1ª Região – 4ª Região - AMS 93.01.36253-8/PI - Rel. J. Hilton Queiroz - j. O5/O5/98 - Unânime)

6. Resta claro, portanto, que os hospitais que utilizem secundariamente os serviços de quaisquer outros profissionais de atividades afins à atividade médica não estão obrigados a procederem ao registro nos respectivos conselhos de fiscalização profissional, bastando o registro dos mesmos perante o competente Conselho Regional de Medicina, em face da sua atividade básica.

7. Diante disso, a medida mais indicada para que os hospitais e clínicas possam se resguardar de ameaças provenientes de conselhos de fiscalização de profissões afins à Medicina, ou de quaisquer outras

autoridades da área federal, estadual ou municipal, é a impetração de mandado de segurança preventivo, o qual deverá estar instruído com provas pré-constituídas, demonstrando-se claramente que os impetrantes têm a prestação de serviços médicos como atividade básica, utilizando-se dos serviços de enfermagem e farmácia tão-só como apoio àquela.

8. E o parecer, s.m.j.

Brasília, 03 de dezembro de 1998.

PARECER CFM 488/98

EXPEDIENTE 007445, de 21 de setembro de 1998
Interessado: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul – CREMERS

Ementa: *edição, pelo município de esteio, no estado do rio grande do sul, de lei local n° 2.794, que torna obrigatório o uso de letra datilografada ou informatizada, nas receitas médicas e odontológicas e dá outras providências constituição federal - inciso i do art. 30 - competência legislativa dos municípios tema que refoge ao interesse local legiferação que extrapola os limites traçados pelo enunciado constitucional - desnecessidade, ademais, de regular o assunto, já disposto em legislação federal - decreto n° 793, de 5 de abril de 1993, lei n° 5.991, de 17 de dezembro de 1973 e, por fim, artigo 39 do código de ética médica*

RELATÓRIO

1. O 1° Secretário do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, Dr. Cláudio Balduíno Souto Franzen, solicita material concernente ao tema tratado na Lei Municipal n° 2.794, de 10 de agosto de 1998, que torna obrigatório o uso de letra datilografada ou informatizada nas receitas médicas e odontológicas dentro do Município de Esteio.

2. Do artigo 1° do referido diploma legal, depreende-se que as mencionadas receitas deverão ser emitidas em letra de forma, datilografada ou informatizada.

3. Já o artigo 2° do mesmo codex atribui ao profissional infrator uma multa de 100 (cem) UFIRs. A receita obtida com as multas será destinada às entidades assistenciais devidamente cadastradas naque-

le município, ex vi do artigo 4° da mesma lei.

PARECER

DA LEGISLAÇÃO PERTINENTE

4. A questão suscita, primeiramente, uma análise da eventual preexistência de legislação federal cuidando do mesmo tema.

4.1. Do material amealhado pela Assessoria Jurídica, anexo ao presente parecer, verifica-se que o Decreto n° 20.931 , de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, estatui, na alínea "b" do artigo 15, que é, dever dos médicos "escrever as receitas por extenso legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou consultório."

4.2. Já a Lei n° 5.991 , de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, cuida, em seu artigo 35, da forma como deve ser aviado o receituário, verbis

"Art. 35. Somente será aviada a receita:

a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;

4.3. O artigo 39 do Código de Ética Médica, por seu turno, proíbe a emissão de receitas ilegíveis ou secretas.

4.4. Por fim, o Decreto n° 793, de 5 de abril de 1993, que altera os Decretos n° 74.170, de 10 de junho de 1974 e 79.094, de 05 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis n^{os} 5.991, de 17 de janeiro de 1973, e 6.630, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências, estabelece, no inciso II do seu artigo 35, que, verbis

"somente será aviada a receita médica ou odontológica que estiver escrita a tinta, de modo legível, observadas a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, indicando a posologia e a duração total do tratamento".

5. Vigente, portanto, este último Decreto n° 793, o qual enfatiza o que já constava do artigo 35 da Lei n° 5.991, i.e., a obrigatoriedade de a prescrição estar escrita a tinta e de modo legível, tornando, 'assim, a legibilidade o ponto comum de todos os dispositivos aqui transcritos.

DA AUTONOMIA MUNICIPAL PARA LEGISLAR

6. Em consonância com o inciso I do artigo 30, da Constituição Federal, compete aos Municípios "legislar sobre assuntos de interesse local'. O inciso II do mesmo artigo 30, por sua vez, autoriza o Município a "suplementar a legislação federal e a estadual no que couber".

Assim, uma pergunta exsurge: está o Município, ao editar a Lei n° 2.794, legiferando sobre tema de interesse local e/ou suplementando a legislação federal ou estadual acerca do assunto?

7. De pronto, urge conceituar autonomia.

"Maurice Block, no Pequeno Dicionário Político e Social, assegura precisamente: "A autonomia é uma palavra de origem grega. Literalmente esta palavra significa: legislação independente".

"Littré, no Dicionário da língua francesa, comentando o verbete "Autonomia", esclarece: "Direito que os romanos deixaram a certas cidades gregas para se governarem por suas próprias leis. A autonomia comunal, direito da comuna de se governar por si própria".

8. Definida a autonomia dos Municípios como a competência legiferante que atenda à cláusula de peculiar interesse (inciso I do art. 30, CF), é preciso verificar a necessidade de legislar sobre o tema.

8.1. Ora, quer nos parecer, da análise do texto legal municipal, que o legislador local objetivou apenas repetir o que já vem expresso em legislação federal.

8.2. Melhor dizendo, tratou de incluir no texto legal as certidões de óbitos e requisições emitidas por profissionais de saúde.

8.3. Se a autonomia do Município para legislar tem como limite o interesse local, temos, nas precisas palavras do jurista Pinto Ferreira, que a sua competência "não pode ser maior do que a sua autonomia, e, como esta só se refere aos seus interesses peculiares, a faculdade de organizar ou de regular os serviços de sua competência só pode envolver os serviços que Ihe sejam próprios ou peculiares, isto é, separados e distintos, ou de que não participem outros Municípios, ou que não sejam comuns a ele e a outros Municípios. Esta, a esfera, precisamente definida pela Constituição Federal, da competência dos Municípios. A estes cabe o governo, dentro dos limites do seu espaço territorial, dos negócios que Ihes sejam próprios ou peculiares, a faculdade de regular esses negócios, assim como a de 'organizar os serviços da sua competência; ou seja, os serviços de caráter local, isto é, de interesse puramente local e circunscrito ás raias territoriais do município."

8.4. Por isto há de se entender que, ao editar a lei em comento, o Município extrapolou o limite da sua competência territorial, fixada no inciso I do artigo 30 da Constituição Federal, porquanto

pretendeu regular matéria que foge às raias do interesse local.

8.5. Nesse mesmo diapasão, "se a autonomia do Município tem por limite a peculiaridade dos seus interesses; se peculiares aos Municípios só podem ser, como é óbvio, os interesses de caráter local, isto é. condicionados e definidos pelas circunstâncias próprias, individuais ou locais dos municípios; se os serviços que são da sua alçada organizar, nos termos do art. 13, n. III, da Constituição Federal (vetusta), são os serviços da sua competência, e como a sua competência, que é expressão do seu governo, tem por limite os limites desse governo, e este só envolve, no enunciado constitucional, os interesse que lhe sejam peculiares, os serviços cuja organização compete aos Municípios hão de ser, portanto, apenas os serviços locais, ou os serviços circunscritos ao seu território."

9. "Ora, se o Decreto n° 793, de 5 de abril de 1993, já regula o tema, impondo ao menos uma caligrafia legível àqueles profissionais de saúde que emitem receituário médico ou odontológico, não vemos razão para a edição de legislação local que venha tratar de matéria eminentemente de interesse geral, já regulada pelo Decreto acima referido.

CONCLUSÃO

10. Diante do exposto, como a matéria tratada na Lei n° 2.794, editada pelo Município de Esteio, a nosso ver, refoge ao âmbito de interesse local, delimitado no inciso I do artigo 30 da Constituição Federal e, ainda, porque o 'tema já se encontra regulado em legislação federal, entende esta Assessoria Jurídica, salvo melhor juízo, que a edição da legislação local viola o limite de sua competência territorial do município.

Brasília, 6 de outubro de 1998.

JURISPRUDÊNCIA

1. Em 07 de maio de 2001 o pleno do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul julgou inconstitucional a Lei n.º 3.009, de 04 de outubro de 2000, do município de Uruguaiana, que dispunha sobre a obrigatoriedade do uso de letra de forma, datilografada ou informatizada, nas receitas médicas e odontológicas, bem como nas solicitações de exames e na discriminação genérica dos medicamentos, dentro daquele município.

Os Desembargadores entenderam que cabem à União e não aos municípios, providências com relação a esse fato, pois a matéria não é do estrito interesse do município, tais como aquelas contempla-

dos no artigo 13, inciso I da Constituição Estadual.

Decidem ainda que "legislou-se de modo que se extrapolou a competência do legislador municipal. A matéria é da competência privativa da União, e sua distribuição entre os componentes da Federação (União, Estados e Municípios), é princípio constitucional que deve ser respeitado, o que, aliás, está expresso nos artigos 1º e 8º da Constituição Estadual'.

O acórdão do Tribunal de Justiça tem a seguinte ementa:

> **"Ação direta de Inconstitucionalidade n.º 70001990456, de Porto Alegre:**
> ***Julgam, por maioria, procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da Lei 3.009, de 04.10.00, do município de Uruguaiana."***

2. Em 03 de novembro de 2003 o pleno do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul julgou inconstitucional a Lei n.º 2.794, de 10 de agosto de 1998, do município de Esteio, que torna obrigatório o uso de letra datilografada ou informatizada nas receitas médicas e odontológicas dentro do município de Esteio.

O acórdão do Tribunal de Justiça tem a seguinte ementa:

> **"Ação direta de Inconstitucionalidade n.º 70006465751, de Porto Alegre:**
> ***Julgam, por maioria, procedente a ação e declaram a inconstitucionalidade da Lei nº 2.794/98, com nova redação que lhe deu a Lei 2.814/98, do município de Esteio."***

Obs.: O Código de Ética Médica, no artigo 39, normatiza que é vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

6. CODAME

6. CODAME

A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul tem por finalidades:

1. Supervisionar toda a forma de divulgação, pelos atuais meios de comunicação, individual ou coletiva, por estabelecimento de saúde, por órgão governamental ou privado;
2. convocar o médico que possa estar infringindo o Código de Ética Médica, leis ou resoluções do Conselho Federal de medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;
3. orientar os médicos quanto à divulgação, junto ao público, de toda a matéria que eventualmente os envolva, relacionada com a área da saúde, evitando a propaganda pessoal ou a exposição de seus pacientes;
4. preservar a necessidade que a população seja devidamente integrada em campanhas educativas, sendo informada a respeito dos avanços científicos, auxiliando o médico na luta contra as doenças;
5. estimular a propagação dos conhecimentos, em forma de cultura geral, assegurando aos médicos a arte de escrever sobre medicina e suas atividades literárias em jornais ou revistas fora da órbita da profissão;
6. manter sempre o decoro da profissão quando de entrevistas ou publicação de artigos versando sobre matéria

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.701/2003

Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA trabalhar por todos os meios ao seu alcance e zelar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformizar e atualizar os procedimentos para a divulgação de assuntos médicos em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a necessidade de solucionar os problemas que envolvem a divulgação de assuntos médicos visando ao esclarecimento da opinião pública;

CONSIDERANDO que os anúncios médicos deverão obedecer a legislação vigente;

CONSIDERANDO o Decreto-Lei nº 20.931/32, o Decreto-Lei nº 4.113/42 e o disposto no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais;

CONSIDERANDO que o atendimento a estes princípios é inquestionável pré-requisito para o estabelecimento de regras éticas de concorrência entre médicos, serviços, clínicas, hospitais e demais empresas registradas nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO as diversas resoluções sobre o tema editadas por todos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária de 10 de setembro de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º - Entender-se-á por anúncio a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

Art. 2º - Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

a) Nome do profissional;

b) Especialidade e/ou área de atuação quando devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina;

c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - As demais indicações dos anúncios deverão se limitar ao preceituado na legislação em vigor.

Art. 3º - É vedado ao médico:

a) anunciar que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;

b) anunciar aparelhagem de forma a que lhe atribua capacidade privilegiada;

c) participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina;

d) permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;

e) permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na Internet, em matérias desprovidas de rigor científico;

f) fazer propaganda de método ou técnica não aceitos pela comunidade científica;

g) expor a figura de paciente seu como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com a autorização expressa deste, ressalvado o disposto no artigo 10 desta resolução.

h) anunciar a utilização de técnicas exclusivas;

i) oferecer seus serviços através de consórcio ou similares.

Art. 4º - Sempre que em dúvida, o médico deverá consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio dentro dos dispositivos legais e éticos.

Art. 5º - Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde, deverá constar, sempre, o nome do diretor técnico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

Parágrafo único - Pelos anúncios dos estabelecimentos de saúde respondem, perante o Conselho Regional de Medicina, os seus diretores técnicos.

Art. 6º - Nas placas internas ou externas, as indicações deverão se limitar ao previsto no artigo 2º e seu parágrafo único.

Art. 7º - Nas entrevistas, o médico deverá exigir a revisão do texto antes da publicação.

Parágrafo único - Caso não lhe seja disponibilizado o texto para revisão ou a divulgação da matéria seja diversa do declarado, ferindo ditames desta resolução, o médico deverá encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sem prejuízo de futuras apurações.

Art. 8º - O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.

Art. 9º - Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

Parágrafo 1º - Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de:

a) angariar clientela;
b) fazer concorrência desleal;
c) pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;
d) auferir lucros de qualquer espécie;
e) permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

Parágrafo 2º - Entende-se por sensacionalismo:

a) a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal;
b) a utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico;
c) a adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;
d) a apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;
e) a veiculação pública de informações que causem intranqüilidade à sociedade.

Art. 10 - Nos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal.

Art. 11 - Quando da emissão de boletins médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico.

Parágrafo 1º - Os boletins médicos poderão ser divulgados através do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

Parágrafo 2º - Os boletins médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

Art. 12 - O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o "médico do ano", "destaque" ou "melhor médico".

Art. 13 - Os sites para assuntos médicos deverão receber resolução específica.

Art. 14 - Os Conselhos Regionais de Medicina manterão uma Comissão Permanente de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME) composta, minimamente, por três membros.

Art. 15 - A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

a) emitir pareceres a consultas feitas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões.
b) convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas sobre a matéria, devendo determinar a imediata suspensão do anúncio.
c) propor instauração de sindicância nos casos que tenham características de infração ao Código de Ética Médica.
d) rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive Internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução.
e) providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na Comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 16 - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação e ficam revogadas todas as disposições em contrário, e especialmente a Resolução CFM nº 1.036/80.

Brasília-DF, 10 de setembro de 2003

7. Delegacias do Cremers

As Delegacias Seccionais

As Delegacias Seccionais foram criadas conforme a Resolução Cremers n.º 05/1984, sendo esta uma atitude pioneira do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, que teve repercussão nacional, vindo mais tarde a ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e adotada em outros estados da federação.

Sendo compostas por um delegado seccional, dois secretários e de três suplentes, as Delegacias têm por função a representatividade do Cremers, em âmbito regional, bem como promover por todos os meios, elevados padrões éticos da medicina, ressaltando que o objetivo fundamental e precípuo é o homem e a saúde.

As principais atribuições das Delegacias Seccionais são:

- Orientar os colegas nas questões relacionadas à ética e ao exercício profissional;
- Representar o Cremers em atos públicos da comunidade;
- Fiscalizar a observância do Código de Ética Médica e o cumprimento das resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Cremers, intercedendo e/ou denunciando a este Conselho, sempre que necessário;
- Instaurar sindicância para apurar fatos que envolvam possíveis infrações ético-profissionais;
- Guardar o material administrativo do Cremers colocado à disposição das Delegacias Seccionais;

O Cremers dispõe atualmente de 27 Delegacias, das quais 11 contam com sede própria. As sedes localizadas nos municípios onde existem faculdades de medicina estão totalmente informatizadas.

As Delegacias desempenham um importante papel de descentralização das atividades do Conselho, permitindo que os médicos do interior disponham de um canal de comunicação mais direto e uma representação mais ligada às peculiaridades locais. As Delegacias são coordenadas por um Diretor e atualmente estão sendo reestruturadas.

RELAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

ALEGRETE

Delegado Seccional: Dr. Décio Passos Sampaio Péres
Primeiro Secretário: Dr. Cláudio Luiz Morsch
Segundo Secretário: Dr. Cláudio Jesus P. Thompson Flores
Secretária: Rita
Rua Vasco Alves, 431/402 - 97542-600
Fone/Fax: 55 422.4179

Abrangência:

Alegrete	Manoel Viana
Quaraí	São Francisco de Assis

BAGÉ

Delegado Seccional: Dr. Airton Torres de Lacerda
Primeiro Secretário: Dr. Ricardo Moraes Lucas
Segundo Secretária: Dra. Cledinara Salazar
Secretária: Filomena
Rua General Neto, 161/204 - 96400-380
Fone: 55 242.8060

Abrangência:

Bagé	Candiota
Dom Pedrito	Hulha Negra
Lavras do Sul	Pinheiro Machado

CACHOEIRA DO SUL

Delegado Seccional: Dr. Osmar Fernando Tesch
Primeiro Secretário: Dr. Mário César Both
Segundo Secretário: Dr. Róger Martins de Souza
Rua Cel. João Leitão, 1150 - 96506-670
Fone: 51 3722.2517

Abrangência:

Caçapava do Sul	Encruzilhada do Sul
Paraiso do Sul	Cachoeira do Sul
Novo Cabrais	Santana da Boa Vista
Cerro Branco	Pantano Grande

CAMAQUÃ

Delegado Seccional: Dr. Vitor Hugo da Silveira Ferrão
Primeiro Secretário: Dra. Marta Viegas Sequeira Gonçalves
Segundo Secretário: Dr. Antônio Carlos Peres
Rua Júlio de Castilhos, 235 – 96180-000
Fone: 51 671.2991

Abrangência:

Amaral Ferrador
Arambaré
Camaquã
Dom Feliciano
Tapes
Cerro Grande do Sul
Cristal
Chuvisca
Sertão Santana

CARAZINHO

Delegado Seccional: Dr. Airton Luís Fiebig
Primeira Secretário: Dr. Sérgio Ribeiro Weinmamm Filho
Segunda Secretária: Dra. Sandra Regina Ferrari
Rua Bernardo Paz, 162 – 99180-000
Fone: 54 330.1038

Abrangência:

Almirante Tamandaré
Barra Funda
Carazinho
Espumoso
Não-Me-Toque
Novo Barreiro
Saldanha Marinho
Selbach
Tapera
Victor Graeff
Chapada
Colorado
Coqueiros do Sul
Lagoa dos Três Cantos
Nova Boa Vista
Rondinha
Sarandi
Santa Barbara do Sul
Santo Antônio do Planalto

CAXIAS DO SUL

Delegado Seccional: Dr. Alexandre Ernesto Gobbato
Primeiro Secretário: Dr. Ricardo Casara
Segundo Secretário: Dr. André Chiaradia
Secretária: Vianeis
Rua Bento Gonçalves, 1759/702 – 95020-412
Fone/Fax: 54 221.4072

Abrangência:

Alto Feliz
Antônio Prado
Bom Princípio
Campestre da Serra
Carlos Barbosa
Farroupilha
Flores da Cunha
Gramado
Jaquirana
Bom Jesus
Bento Gonçalves
Cambará do Sul
Canela
Caxias do Sul
Feliz
Garibaldi
Guaporé
Nova Araçá

Nova Bassano	Nova Prata
Nova Petrópolis	Nova Roma do Sul
Paraí	Salvador do Sul
São Francisco de Paula	São José dos Ausentes
São Marcos	Vacaria
Vale Real	Veranópolis

CRUZ ALTA

Delegado Seccional: Dr. João Carlos Stona Heberle
Primeiro Secretário: Dr. Philadelpho Manoel Gouveia Filho
Segundo Secretário: Dr. Jonas Cleofas Weirich
Rua Venâncio Aires, 768 – 96180-000
Fone: 55 9963.4213

Abrangência:

Campo Borges	Cruz Alta
Estrela Velha	Fortaleza dos Valos
Ibirubá	Jóia
Júlio de Castilhos	Panambi
Pejuçara	Tupanciretã
Pinhal Grande	Salto do Jacuí

ERECHIM

Delegado Seccional: Dr. Juliano Sartori
Primeiro Secretário: Dr. Jean Carlos Zanardo
Segundo Secretário: Dr.Paulo César Rodrigues Martins
Secretária: Gladis
Rua Silveira Martins, 762/602 - 99700-000
Fone: 54 321.0568

Abrangência:

Aratiba	Áurea
Benjamin Constant do Sul	Barão de Cotegipe
Barracão	Cacique Doble
Campinas do Sul	Carlos Gomes
Centenário	Charrua
Entre Rios do Sul	Erebango
Erechim	Erval Grande
Faxinalzinho	Floriano Peixoto
Gaurama	Getúlio Vargas
Guabiju	Ipiranga Sul
Itatiba do Sul	Jacutinga
Machadinho	Marcelino Ramos
Mariano Moro	Maximiliano de Almeida
Paim Filho	Protásio Alves
São João da Urtiga	Sananduva

Santo Expedito do Sul
São Valentim
Tupanci do Sul
São José do Ouro
Severiano de Almeida
Viadutos

IJUÍ

Delegada Seccional: Dra. Miréia Simões Pires Wahys
Primeira Secretário: Dr. Luís Antônio Jacques Soares
Segunda Secretária: Dra. Maria de Lourdes H. de Souza
Secretária: Diva
Rua Siqueira Couto, 93/406 – 98700-000
Fone: 55 332.6130

Abrangência:

Ajuricaba
Catuípe
Condor
Ijuí
Nova Ramada
Augusto Pestana
Chiapeta
Coronel Barros
Santo Augusto

LAJEADO

Delegado Seccional: Dr. Roberto da Cunha Wagner
Primeiro Secretário: Dr. Luis Alberto Machado Keunecke
Segundo Secretário: Dr. Luís Lermen
Secretária: Adriana
Rua Fialho de Vargas, 323/304 – 96900-000
Fone/Fax: 51 3714.1148

Abrangência:

Anta Gorda
Arvorezinha
Bom Retiro do Sul
Capitão
Cruzeiro do Sul
Doutor Ricardo
Estrela
Fontoura Xavier
Ilópolis
Itapuca
Marques de Souza
Poço das Antas
Santa Clara do Sul
Teutônia
Pouso Novo
São José do Herval
Travesseiro
Progresso
Arroio do Meio
Barros Cassal
Boqueirão do Leão
Colinas
Dois Lajeados
Encantado
Fazenda Vila Nova
Gramado Xavier
Imigrante
Lajeado
Muçum
Putinga
Sério
Nova Bréscia
Relvado
Tabaí
Paverama
Roca Sales

São Valentin do Sul
Taquari
Vespasiano

NOVO HAMBURGO

Delegado Seccional: Dr. Jorge Luiz Siebel
Primeiro Secretário: Dr. Luiz Fernando Defferrari
Segundo Secretário: Dr. Fernando Araújo Konarzewski
Secretária: Marlise
Bento Gonçalves, 2399/406 - 93510-000
Fone: 51 581.1924

Abrangência:

Brochier
Campo Bom
Dois Irmãos
Ivoti
Montenegro
Morro Reuter
Novo Hamburgo
Parobé
Presidente Lucena
Rolante
São Sebastião do Caí
Taquara
Estância Velha
Harmonia
Igrejinha
Lindolfo Collor
Maratá
Nova Hartz
Pareci Novo
Picada Café
Portão
Santa Maria do Herval
Sapiranga
Três Coroas

OSÓRIO

Delegado Seccional: Dr. Ângelo Mazon Netto
Primeiro Secretário: Dr. Luís Fernando Ilha de Souza
Segundo Secretário: Dr. José Luiz da Costa Gonçalves
Rua Barão do Rio Branco, 261/08-9 – 95520-000
Fone: 51 663.2755

Abrangência:

Arroio do Sal
Capão da Canoa
Cidreira
Glorinha
Itati
Maquiné
Mostardas
Palmares do Sul
Riozinho
Tavares
Tramandaí
Três Forquilhas
Xangri-lá
Capivari do Sul
Caraá
Dom Pedro de Alcântara
Imbé
Mampituba
Morrinhos do Sul
Osório
Pinhal
Santo Antônio
Terra de Areia
Três Cachoeiras
Torres

PALMEIRA DAS MISSÕES

Delegado Seccional: Dr. Áttila Sarlo Maia Júnior
Primeiro Secretário: Dr. Gilberto Manoel Carrard
Segundo Secretário: Dr. Ademir Pereira Castanho
Rua César Westphalen, 195 – 98300-000
Fone: 54 3742.1503

Abrangência:

Alpestre
Caiçara
Constantina
Erval Seco
Gramado dos Loureiros
Jaboticaba
Liberato Salzano
Novo Tiradentes
Rio dos Índios
Taquaraçu do Sul
Rodeio Bonito
Trindade do Sul
Ronda Alta
Ametista do Sul
Cerro Grande
Engenho Velho
Frederico Westphalen
Iraí
Lajeado do Bugre
Nonoai
Palmeira das Missões
Sagrada Família
Palmitinho
São José das Missões
Pinheirinho do Vale
Seberi

PASSO FUNDO

Delegado Seccional: Dr. Alberto Villarroel Torrico
Primeiro Secretário: Dr. Douglas Pedroso
Segundo Secretário: Dr. Rosemar Stefenon
Secretária: Indiara
Rua Bento Gonçalves, 190/207 – 99010-013
Fone/Fax: 54 311.8799 – E-mail: crm-pf@annex.com.br

Abrangência:

Água Santa
Camargo
Ciríaco
David Canabarro
Ibiaça
Itapuca
Marau
Montauri
Muitos Capões
Nicolau Vergueiro
Passo Fundo
Serafina Corrêa
Soledade
União da Serra
Vila Lângaro
André da Rocha
Casca
Cochilha
Esmeralda
Ibiraiaras
Lagoa Vermelha
Mato Castelhano
Mormaço
Muliterno
Nova Alvorada
Santo Antônio do Palma
Sertão
Tapejara
Vanini

PELOTAS

Delegado Seccional: Dr. Marco Antônio Silveira Funchal
Primeira Secretário: Dr. Lourenço Ramos
Segundo Secretária: Dra. Norma Xavier Souto
Secretária: Adriana
Rua General Osório, 754/602 – 96020-000
Fone/Fax 53 227.1363
E-mail: crmpel.sul@terra.com.br

Abrangência:

Arroio Grande	Arroio do Padre
Canguçu	Capão do Leão
Cerrito	Erval
Jaguarão	Morro Redondo
Pedro Osório	Piratini
Turuçu	Pelotas
São Lourenço do Sul	

RIO GRANDE

Delegado Seccional: Dr. Job José Teixeira Gomes
Primeiro Secretário: Dr. Rafael Chiesa Avancini
Segundo Secretário: Dr. José Ricardo Freitas Gonçalves
Secretária: Ediméia
Rua Zalony, 160/403 – 96200-070
Fone/Fax: 53 232.9855
E-mail: cremers@terra.com.br

Abrangência:

Rio Grande	Santa Vitória do Palmar
São José do Norte	

SANTA CRUZ DO SUL

Delegado Seccional: Dr. Mauro José Thies
Primeiro Secretário: Dr. Roque Walter Dure
Segundo Secretário: Dr. Luiz Henrique Poeta Pellegrini
Rua Ramiro Barcelos, 1365 – 96810-050
Fone: 51 3713-1532

Abrangência:

Arroio do Tigre	Candelária
Herveiras	Mato Leitão
Passa Sete	Passo do Sobrado
Rio Pardo	Santa Cruz do Sul
Sobradinho	Vale do Sol
Venâncio Aires	Vera Cruz

SANTA MARIA

Delegado Seccional: Dr. João Alberto Larangeira
Primeiro Secretário: Dr. Laércio Cassol Argente
Segundo Secretário: Dr. Arnaldo Teixeira Rodrigues
Secretária: Claudete
Av. Pres. Vargas, 2135/503 – 97015-513
Fone/Fax: 55 221.5284
E-mail: crmsm@zaz.com.br

Abrangência:

Agudo	Dilermando de Aguiar
Dona Francisca	Faxinal do Soturno
Formigueiro	Ivorá
Jaguari	Jari
Mata	Nova Esperança do Sul
Nova Palma	Quevedos
Restinga Seca	Santa Maria
Santiago	São João do Polêsine
São Martinho da Serra	São Pedro do Sul
São Sepé	São Vicente do Sul
Silveira Martins	Toropi
Unistalda	Vila Nova do Sul

SANTA ROSA

Delegado Seccional: Dr. Omar Celso Ceccagno dos Reis
Primeiro Secretário: Dr. Carlos Arthur da Silveira
Segundo Secretário: Dr. Carlos Alberto Benedetti
Av. Expedicionário Weber, 3757 – 98900-000
Fone: 55 3512-2288

Abrangência:

Alecrim	Alegria
Boa Vista do Buricá	Campinas das Missões
Cândido Godói	Doutor Maurício Cardoso
Horizontina	Independência
Novo Machado	Porto Lucena
Porto Xavier	Porto Mauá
Porto Vera Cruz	Santa Rosa
Santo Cristo	São José do Inhacorá
Três de Maio	São Paulo das Missões
Tucunduva	Sete de Setembro
Tuparendi	

SANTANA DO LIVRAMENTO

Delegado Seccional: Dr. Leandro Nin Tholozan
Primeiro Secretário: Dr. César Hugo Lopez
Segundo Secretário: Dr. Júlio César Teixeira de Souza
Secretária: Sandra
Rua 13 de Maio, 410 / 501 – 97573-500
Fone/Fax : 55 242.2434

Cidade Atendida:

Santana do Livramento

SANTO ÂNGELO

Delegado Seccional: Dr. Ubiratã Gomes de Almeida
Primeiro Secretário: Dr. Édson Luiz Maluta
Segundo Secretário: Dr. César Augusto Bellinaso
Secretária: Sônia
Rua Três de Outubro, 256/202 – 98801-610
Fone/Fax : 55 3313.4303

Abrangência:

Bossoroca
Caibaté
Cerro Largo
Dezesseis de Novembro
Giruá
Guarani das Missões
Pirapó
Roque Gonzales
Santo Ângelo
Santo Antônio das Missões
São Luiz Gonzaga
São Miguel das Missões
São Nicolau
Ubiretama
São Pedro do Butiá
FilhoVitória das Missões
Senador Salgado

SÃO BORJA

Delegado Seccional: Dr. João Umberto Del Fabro
Primeiro Secretário: Dr. Luiz Roque Lucho Ferrão
Segundo Secretário: Dr. Sérgio Roberto Lajes Araújo
Av. Presidente Vargas, 1440 – 97670-000
Fone: 55 431.3433

Abrangência:

Garruchos
Maçambará
Itacurubi
São Borja
Itaqui

SÃO GABRIEL

Delegado Seccional: Dr. Clóvis Renato Friedrich
Primeiro Secretário: Dr. Eglon Meyer Corrêa
Segundo Secretário: Dr. Wilson Roos Júnior
Rua Jonathas Abbot, 636 – 97300-000
Fone: 55 232.2713

Abrangência:

Cacequi
Rosário do Sul
Santa Margarida do Sul
São Gabriel
Vila Nova do Sul

SÃO JERÔNIMO

Delegada Seccional: Dra. Lori Nídia Schmitt
Primeiro-Secretário: Dr. Mário Neme
Segundo-Secretária: Dra. Nádia Bezerra Vasconcelos
Rua Salgado Filho, 435 – 96700-000
Fone: 51 651.1361

Cidades Atendidas:

Arroio do Ratos
Butiá
São Jerônimo
Triunfo
Vila Verde
Barão do Triunfo
Charqueadas
General Câmara
Minas do Leão

SÃO LEOPOLDO

Delegado Seccional:Dr. Renato Brufatto Machado
Primeiro Secretário: Dr. Ênio Plauto Schneider
Segunda Secretário:Dr. Ricardo Lopes
Rua Feitoria, 178 - 93040-290
Fone: 51 592.1646

Abrangência:

Canoas
Nova Santa Rita
São Leopoldo
Esteio
Sapucaia do Sul

TRÊS PASSOS

Delegado Seccional: Dr. Ciro Miguel Dull
Primeiro Secretário: Dr. Dary Pretto Filho
Segundo Secretário: Dr. Lauro Erni Borth
Rua Júlio de Castilhos, 1268 – 98600-00
Fone: 55 3522.2200

Abrangência:

Barra do Guarita
Braga
Coronel Bicaco
Derrubadas
Humaitá
Sede Nova
Redentora
Vista Gaúcha
Tiradentes do Sul
Bom Progresso
Campo Novo
Crissiumal
Esperança do Sul
Miraguaí
Três Passos
Tenente Portela
São Martinho

URUGUAIANA

Delegado Seccional: Dr. Jorge Augusto Hecker Kappel
Primeiro Secretário: Dr. Oscar Medeiros Blanco
Segundo Secretário: Dr. José Luiz Saldanha da Silveira
Secretária: Elza
Rua Dr. Domingos de Almeida, 3.801 – 97500-004
Fone 55 412.5588 / Fax: 412.5542

Abrangência:

Barra do Quaraí
Uruguaiana

8. Secretarias do Cremers

8. Secretarias do Cremers

8.1 - SECRETARIA DE ASSUNTOS TÉCNICOS

À Secretaria de Assuntos Técnicos do Conselho Regional de Medicina cabe supervisionar e participar de todas as ações que envolvem a Sindicância, o Processo Ético-Profissional e as Consultas. A seguir, definições referentes aos procedimentos da Secretaria, possibilitando entender seu funcionamento.

A Sindicância

> *"Meio sumário para a elucidação de irregularidades com vistas à instauração de processo e, consequentemente a punição do infrator. É, portanto, um procedimento preliminar, preparatório do processo administrativo." (Hely Lopes Meirelles – Direito Administrativo Brasileiro, 11ª ed., São Paulo, RT, 1985, p. 593)*

A sindicância, por sua própria natureza, é um instrumento de que se servem os órgãos administrativos ou de caráter administrativo, para esclarecer uma situação de lesão a direitos de terceiros, pela elucidação preliminar do fato lesivo e a provável individualização do autor. É, assim, um procedimento preliminar, não terminativo, cujo objetivo é respaldar uma decisão administrativa.

De acordo com nosso Ordenamento Jurídico, pode haver sindicância sem processo e processo sem sindicância. No primeiro caso, a denúncia foi arquivada, nada se apurou de positivo contra quem quer que seja; no segundo, pela natureza da falta cometida, pelas circunstâncias especiais que cercam o fato e pela identificação precisa do autor, a Administração deu logo início ao processo administrativo, diretamente, tal a evidência do envolvimento do indiciado (CRETELLA JÚNIOR).

A sindicância instaura-se mediante Portaria nomeativa, expedida pela autoridade dotada de competência para tal, indicando os instrutores ou o instrutor do procedimento sindicante.

Operacionalmente, a sindicância pode ser iniciada com ou sem sindicado, bastando tão-somente que haja um fato determinado a ser apurado preliminarmente, lesivo a direitos de terceiro ou terceiros, como já se salientou. Também não possui um procedimento padrão nem demanda necessariamente uma comissão específica para tal, podendo ser realizada por uma única pessoa, designada legitimamente para tanto. Por não se tratar de procedimento contencioso e sim de simples verificação de um determinado fato, dispensa o contraditório e os atos a ele inerentes, sendo por isso mesmo insuscetível de prestar-se a qualquer espécie de punição por mais branda que seja. Com todas essas características, relaciona-se com o processo administrativo da mesma forma que o inquérito policial se relaciona com o processo judicial criminal.

A partir da conclusão do procedimento de sindicância, duas conseqüências podem ocorrer. Uma, pelos elementos carreados aos Autos, pode conduzir a um arquivamento de todo o procedimento com a conseqüente declaração da não ocorrência do fato determinado que se investigou preliminarmente. Outra, pode concluir pela ocorrência do fato determinado investigado, fundamentado nos diversos elementos contidos nos Autos: depoimentos, documentos, perícias, etc., deflagrando assim o Processo Administrativo.

O traço determinante da sindicância é o princípio da inquisição, ou seja, compete à autoridade sindicante o movimento procedimental no sentido de determinar a produção de todo tipo de prova tendente a esclarecer aquilo que se quer desvendar preliminarmente, com a despreocupação do contraditório, como já se disse anteriormente, visto que este será plenamente exercido nos moldes do ARTIGO 5° inciso LV, da Constituição Federal.

Com o advento da nova Ordem Constitucional a partir de outubro 1988 e o estabelecimento pétreo dos princípios do "devido processo legal" e da "ampla defesa" - ARTIGO 5°, incisos LIV e LV, da Constituição Federal, é juridicamente conveniente que, mesmo sendo um procedimento preliminar, se dê oportunidade de manifestação aos envolvidos na sindicância, evitando a abertura precipitada de processos administrativos muitas vezes inócuos ou que, ao final, resultam pura e simplesmente em arquivamento por falta de maiores elementos para sustentá-los com eficácia.

A PRÁTICA

Explicada a parte teórica da sindicância, chegamos à parte prática.

A sindicância tem início a partir de um comunicado à Autoridade Administrativa ou de uma constatação "ex officio" por parte desta, sobre algum fato transgressor de norma tutelar ou coagente.

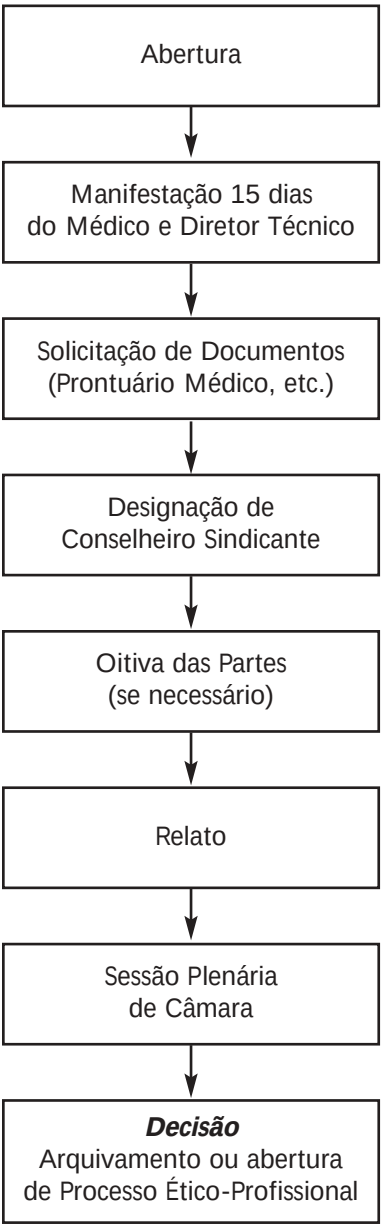
A Autoridade Administrativa, uma vez recebida a comunicação, denúncia ou informação, ou, ainda, "ex officio", dará início a sua apuração, determinando a instauração da sindicância.

As denúncias serão, sempre, por escrito, endereçadas ao Presidente do Cremers. Nelas devem constar o relato do fato, o nome e o endereço completos do denunciante, assim como o nome completo do médico denunciado e do paciente, quando não for ele o próprio denunciante. Todos os documentos serão protocolados na Delegacia Seccional.

Para agilização dos trabalhos poderá ser solicitada a manifestação do médico denunciado — a quem é dado o prazo de 15 (quinze) dias — e o prontuário médico do paciente. Poderão também ser ouvidas as partes e testemunhas para melhor elucidação do fato. As partes serão chamadas para prestar esclarecimentos por ofício informando dia, hora e local onde serão ouvidas.

Após tomadas todas as providências para uma investigação mais aprofundada, o Delegado Seccional encaminhará o material para a Sede, quando será designado Conselheiro Sindicante. O sindicante encerrará a sindicância através de relatório circunstanciado, no qual fará o resumo dos fatos e dos dispositivos normativos teoricamente infringidos, objetivamente, examinando todas as circunstâncias e correlacionando-as com os eventuais infratores, opinando assim, pela abertura ou não de processo administrativo.

Abaixo, um fluxograma com fases da Sindicância para melhor entendimento:



M O D E L O S

OFÍCIO CONVOCAÇÃO EM SINDICÂNCIA

Of. N° ...../2004

Porto Alegre, ... de ..... de 2001

Senhor Doutor

Convoco V.Sa. a comparecer ao CREMERS (ou Delegacia Seccional) no dia quinze (15) de agosto de 2004, às 15 horas (quinze horas), para prestar esclarecimentos ao Senhor Conselheiro Sindicante.

Atenciosamente,

Dr.
Conselheiro Sindicante ou
Delegado Seccional

Ilmo. Sr.
Dr.

TERMO DE ESCLARECIMENTOS EM SINDICÂNCIA

Aos nove dias do mês de setembro de dois mil e quatro, compareceu nesta Delegacia Seccional o Dr./Sr. para prestar esclarecimento referente à denúncia feita pelo (a) Sr.(a) ou pelo(a) Dr.(a) perante o Senhor Delegado Seccional Dr. . PR. Que .....

Nada mais havendo foi encerrado o presente termo, que vai por todos assinado. E eu, ..., auxiliar administrativo/auxiliar administrativo desta Delegacia, o datilografei e assino _____.

Depoente

Declarante

Procurador

A CARTA PRECATÓRIA

Em alguns casos poderá ser tomado um depoimento por Carta Precatória na Delegacia Seccional.

O Delegado tomará as seguintes providências:

- convocará (no caso de médico) ou convidará (no caso de não
- médicos) a testemunha por ofício;
- avisará à sede do Conselho Regional de Medicina a data e hora do depoimento;
- devolverá com ofício a Carta Precatória.

M O D E L O S

Of. n° ...../2001 - Carta Precatória n° .../2004 (SIND. CRM-.... n° .....)

Porto Alegre, ... de ..... de 2001

Senhor Doutor

Referente à Carta Precatória n° 02/2004, convoco V.Sa. para prestar depoimento como testemunha do Dr. ....., em audiência designada para o dia ..... (.....) de ..... de 2001, às ..... horas (..... horas), nesta Delegacia do CREMERS,

Atenciosamente,

Dr.
Delegado Seccional

Ilmo. Sr.
Dr.

ATA DE SESSÃO

Aos dias do mês de do ano de dois mil e quatro, no Processo Ético-Profissional n° , às , "Ex-officio" ou em que é denunciante o Sr. e denunciado o médico , foi tomado o depoimento do denunciante, denunciado ou testemunha do denunciante, denunciado ou instrução. COLOCAR ALGUM PEDIDO DO DENUNCIANTE OU DENUNCIADO (QUANDO HOUVER)

Foram entregues cópias do termo e desta ata aos presentes. Nada mais foi dito e assim foi encerrada a presente. E, eu , Auxiliar Administrativo do Cremers, o digitei e assino _____.

Dr.
Delegado Seccional

Sr. ou Dr.
Denunciante

Dr.
Procurador do.....

ATA DE SESSÃO NÃO REALIZADA

Aos dias do mês de dois mil e quatro, às ....., tendo em vista a ausência do denunciante ou denunciado, referente ao Processo Ético-Profissional n° , foi cancelada a audiência. As partes serão oficiadas da nova data designada para a oitiva. Nada mais havendo foi encerrada a presente ata que vai por todos assinada. E eu, , Auxiliar Administrativo do Cremers, datilografei e assino _____.

Dr.
Delegado Seccional

Nota:

No cumprimento de Cartas Precatórias, o Delegado Seccional deverá informar à Sede a data e a hora em que será prestado depoimento na Delegacia com antecedência de 10 dias para que possamos informar às partes.

Of. n° ...../2004 - Carta Precatória n° .../2004 (SIND. CRM-.... n° .....)

....., ... de ..... de 2004

Doutor

Referente à Carta Precatória n° 02/2004, informo que o Dr. ....., testemunha do Dr. ....., prestará depoimento em audiência marcada para o dia ..... (.....) de ..... de 2004, às ..... horas (..... horas), nesta Delegacia do CREMERS,

Atenciosamente,

Dr.
Delegado Seccional

Ilmo. Sr.
Dr.

Of. n° ...../2004 - Carta Precatória n° .../2004 (SIND. CRM-.... n° .....)

....., ... de ..... de 2004

Doutor

Estamos devolvendo a Carta Precatória n° 02/2004, devidamente cumprida conforme solicitado no ofício n.º .

Atenciosamente,

Dr.
Delegado Seccional

Ilmo. Sr.
Dr.

Observações

1. No caso de o declarante estar acompanhado de advogado, esta informação deve constar no início do "Termo de Declaração"
2. Os advogados acompanham o depoente, mas não se pronunciam, o pronunciamento dos advogados se dará somente na fase de processo ético-profissional
3. Com referência aos documentos constantes das sindicâncias, somente têm acesso as partes e seus procuradores (procuradores com a procuração nos autos).
4. Todo o ofício referente às sindicâncias realizadas na Delegacia deve ser encaminhado com "Aviso de Recebimento" ou "AR" para controle do recebimento das correspondências.

O Processo Ético-Profissional

O processo ético-profissional decorrente de uma decisão do plenário do Conselho Regional de Medicina após apreciação de Sindicância tem uma etapa denominada INSTRUÇÃO. Esta é feita por um Conselheiro Instrutor, ao qual compete intimar pessoas físicas e jurídicas, tomar depoimentos, ouvir testemunhas, requerer perícias e demais provas ou diligências para perfeita instrução do processo.

Após instruído o processo, o Sr. Presidente designa um Conselheiro Relator e um Conselheiro Revisor. Concluídos os relatos, o Presidente marca a data do julgamento.

No Código de Processo Ético-Profissional para os Conselhos de Medicina, encontramos as normas referentes aos tramites do processo administrativo realizado pelo Conselho de Medicina.

MODELOS

TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA DO DENUNCIANTE OU DENUNCIADO OU INSTRUÇÃO

Sr. ou Dr. – Cremers nº

Aos dias do mês de de dois mil e quatro, às , na sede da Delegacia Seccional de , perante o(a) Senhor(a) Delegado(a) , referente ao Processo Ético-Profissional n° , "Ex-officio" ou em que é denunciante o Sr. , em que é denunciado o médico

Compareceu o Sr. (nome do depoente).

Presente o (nome dos demais presentes, procuradores, denunciante e denunciado).

Com a palavra o Senhor Conselheiro Instrutor, PR. ser NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, residente e domiciliado na - CIDADE - RS.

Alertado do artigo 21 do Código de Processo Ético-Profissional. PR. que

Dada a palavra ao denunciante. PR. que
Dada a palavra ao denunciado. PR. que

Nada mais havendo, foi encerrado o presente termo que vai por todos assinado. E, eu, Auxiliar Administrativo do Cremers, o digitei e assino _____.

Sr. ou Dr.
Depoente

ATA DE SESSÃO

Aos dias do mês de do ano de dois mil e quatro, no Processo Ético-Profissional n° , às , "Ex-officio" ou em que é denunciante o Sr. e denunciado o médico , foi tomado o depoimento do denunciante, denunciado ou testemunha do denunciante, denunciado ou instrução. COLOCAR ALGUM PEDIDO DO DENUNCIANTE OU DENUNCIADO (QUANDO HOUVER)

Foram entregues cópias do termo e desta ata aos presentes. Nada mais foi dito e assim foi encerrada a presente. E, eu , Auxiliar Administrativo do Cremers, o digitei e assino _____.

Dr.
Delegado Seccional

Sr. ou Dr.
Denunciante

Dr.
Procurador do .....

ATA DE SESSÃO NÃO REALIZADA

Aos dias do mês do ano de dois mil e quatro, às ....., tendo em vista a ausência do denunciante ou denunciado, referente ao Processo Ético-Profissional n° , foi cancelada a audiência. As partes serão oficiadas da nova data designada para a oitiva. Nada mais havendo foi encerrada a presente ata que vai por todos assinada. E eu, , Auxiliar Administrativo do Cremers, datilografei e assino _____.

Dr.
Delegado Seccional

Nota:

No cumprimento de Cartas Precatórias, o Delegado Seccional deverá informar à Sede a data e a hora em que será prestado depoimento na Delegacia com antecedência de 10 dias para que possamos informar às partes.

Of. n° ...../2004 - Carta Precatória n° .../2004 (PEP CRM-.... n° .....)

....., ... de ..... de 2004

Doutor

Referente à Carta Precatória n° 02/2001, informo que o Dr. ....., testemunha do Dr. ....., prestará depoimento em audiência marcada para o dia ..... (.....) de ..... de 2001, às ..... horas (..... horas), nesta Delegacia do CREMERS,

Atenciosamente,

Dr.
Delegado Seccional

Ilmo. Sr.
Dr.

Of. n° ...../2004 - Carta Precatória n° .../2004 (PEP CRM-.... n° .....)

....., ... de ..... de 2004

Doutor

Estamos devolvendo a Carta Precatória n° 02/2004, devidamente cumprida conforme solicitado no ofício n.º .

Atenciosamente,

Dr.
Delegado Seccional

Ilmo. Sr.
Dr.

8.2 - SECRETARIA OPERACIONAL

PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

É concedida ao profissional portador do diploma registrado no MEC (Lei n.° 3268/57, art.l7).

Procedimentos para inscrição

Comparecer à sede do CREMERS ou a uma de suas Delegacias Seccionais munido dos seguintes documentos (original e fotocópia de frente e verso) e preencher requerimentos próprios:

- Diploma;
- Carteira de Identidade Civil;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF); · Título de Eleitor;
- Documento de quitação com o serviço militar; · Certidão de casamento;
- Declarar o tipo sangüíneo e fator Rh; · 3 (três) fotos tamanho 3x4;
- Carteira tipo livro (couro verde) quando o médico já possui inscrição em outro estado;
- Prova de revalidação do diploma, caso formado por faculdade estrangeira.

Observações

- no caso de mudança de nome, deverá ser apresentada a certidão comprobatória.
- no caso de mudança de nacionalidade, deverá ser apresentada a documentação comprobatória.

Procedimentos do CRM

1. Colher a assinatura e impressão digital do médico nos seguintes documentos:
   - requerimento único;
   - Carteira Profissional de Médico;
   - Cédula de Identidade Médica.
2. Reter, para que faça parte integrante do prontuário do médico, apenas o requerimento único e a cópia do diploma; os demais documentos devem ser anotados e devolvidos ao médico.
3. O diploma deverá ser carimbado.

4. Se o médico possuir inscrição em outro CRM, tal fato deve ser registrado em sua Carteira Profissional de Médico e no diploma, e expedida uma nova Cédula de Identidade Médica, informando ao CRM de origem todos os dados fornecidos neste momento.
5. O médico deverá requerer transferência ou inscrição secundária diretamente ao CRM de origem, que fornecerá o certificado de regularidade que será enviado ao CRM de destino.

Observações:

- proceder as anotações na Carteira Profissional de Médico.
- no caso de inscrição secundária o médico deverá pagar a anuidade ao seu novo CRM (correspondente ao duodécimo anual)
- quando o médico mudar de jurisdição as informações devem ser fornecidas a todos os CRMs onde o mesmo possui ou possuiu inscrição.

6. Se o médico tiver título de Especialista registrado em outro CRM, proceder a anotação no requerimento único e inserilo no cadastro geral.

Inscrição de Médico Brasileiro Formado no Exterior

Adotar o mesmo procedimento utilizado para a inscrição com especial atenção para o diploma de conclusão do curso de Medicina (original), previamente revalidado e registrado em universidade brasileira autorizada pelo Ministério da Educação, com tradução juramentada, e exigir que o diploma tenha sido certificado pela representação diplomática brasileira no país onde foi emitido.

Reinscrição

É concedida ao profissional que solicitou o cancelamento de sua inscrição em determinado CRM, mas pretende voltar a exercer a Medicina naquela jurisdição; nesses casos será mantida a numeração anterior.

Documentos necessários:

Após ter assinado o requerimento o médico deverá apresentar os seguintes documentos:

- Carteira Profissional de Médico;
- comprovante de quitação da anuidade (duodécimos), taxas e emolumentos.

Procedimentos do CRM:

1. Anotar na Carteira Profissional de Médico, através de carimbo assinado pelo presidente.
2. Emitir a nova Cédula de Identidade Médica.

Inscrição de Médico Militar

É concedida ao médico em atividade exclusivamente militar.
Documentos necessários:

1. Preenchimento do requerimento.
2. Assinatura da declaração de médico militar.
3. Após ter assinado o requerimento único e a declaração o médico deverá apresentar os seguintes documentos:
   - diploma de conclusão do curso de Medicina (original e registrado);
   - Carteira de Identidade (RG);
   - Certificado Militar;
   - CPF;
   - Título Eleitoral;
   - três fotos 3x4: uma para o requerimento único, uma para a Carteira Profissional de Médico e outra para Cédula de Identidade Médica;
   - declaração expedida pelo respectivo órgão militar, comprovando o exercício exclusivamente militar.

Observação

- anualmente, até o último dia do mês de fevereiro, o médico deverá encaminhar ao CRM uma declaração comprovando a continuação do exercício exclusivamente militar.

Expedição de Identidade Médica

Os médicos registrados no CREMERS poderão requerer a expedição da Cédula de Identidade Médica e/ou Carteira de Identidade Médica em caso de extravio, roubo, mudança de nome e alteração do documento.

Extravio de documentos

Deverá ser comunicado ao CREMERS, por escrito, através da apresentação do Boletim de Ocorrência, o extravio, perda ou roubo dos seguintes documentos médicos:

- Carteira de Identidade Médica (couro verde);
- Cédula de Identidade Médica (plastificada);
- Carimbo;
- Bloco de receituário.

Para requerer os referidos documentos de identificação, o médico solicitante deve estar quite com a anuidade do Conselho, bem como

seu endereço de correspondência atualizado. A solicitação para expedição do(s) documento(s) poderá ser feita na sede do CREMERS, na Secretaria Operacional, ou em uma de suas Delegacias Seccionais, mediante preenchimento de requerimento próprio e pagamento das taxas.

Procedimentos para expedição

● Cédula de Identidade Médica (plastificada):
Apresentar cópia dos seguintes documentos:

- Carteira de Identidade Civil;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Título de Eleitor;
- Documento de quitação militar; 1 (uma) foto tamanho 3x4;
- Pagamento de taxa.

● Carteira de Identidade Médica (couro verde):
Apresentar original e cópia (frente e verso) dos seguintes documentos:

- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Título de Eleitor;
- Documento de quitação militar;
- 1 (uma) foto tamanho 3x4;
- Pagamento de taxa.

● **Sobre inscrição de médicos**

A norma regulamentadora do exercício da profissão de médico no País é a Lei 3268/57, que, em seu artigo 17, expressa o seguinte:

> *"Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade."*

● **Certidão de Inscrição e Quitação junto ao CREMERS**

Para requerer a emissão da Certidão de Inscrição, o médico deverá estar inscrito no CREMERS, quite com todas as anuidades e com seu endereço para correspondência atualizado.

A Certidão de inscrição poderá ser requerida na sede do CREMERS ou em suas Delegacias, ou mediante correspondência, onde conste:

- O nome do solicitante (nome do médico); Número de registro no CREMERS;
- Data e assinatura do solicitante;
- Pagamento de taxa.

● **Certidão Negativa**

O médico poderá requerer a emissão da Certidão Negativa junto ao CREMERS.

Para obter a Certidão Negativa, o médico deverá enviar requerimento de solicitação devidamente assinado, estar em dia com suas anuidades e pagamento de taxa diretamente na sede do CREMERS ou via correio.

Somente será entregue a referida certidão ao profissional solicitante ou pessoa por ele designada, com autorização expressa do mesmo, apresentada no ato de entrega.

● **Falecimento**

Em caso de falecimento do profissional médico é necessário, para a baixa do registro, o envio de cópia de Certidão de Óbito ao CREMERS ou suas Delegacias.

● **Inscrição em outros estados**

O médico deverá manter um registro no CRM de cada estado onde exercer a medicina.

Quando o médico for inscrito em um Conselho e desejar exercer a medicina em outro estado, poderá requerer Inscrição Secundária ou Transferência.

● **Inscrição Secundária**

Esta modalidade de inscrição permite ao médico exercer a profissão no estado onde está requerendo a Inscrição Secundária e no estado de origem, ficando vinculado a ambos os regionais e recolhendo as respectivas anuidades.

● **Procedimentos para inscrição**

O médico deverá requerer por escrito, no Conselho de origem (onde também deseja exercer a medicina), de acordo com a Resolução CFM n.° 1299/89.

Após confirmada a chegada deste documento no Conselho de destino, o médico deverá comparecer na sede do Conselho ou a uma de suas Delegacias Seccionais munido da seguinte documentação (original e cópia frente e verso), para preencher requerimento próprio:

- Diploma;
- Carteira de Identidade Médica (couro verde);
- Carteira de Identidade Civil;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Título de Eleitor;

- Documento de quitação com o serviço militar,
- Certidão de casamento;
- Pagamento de taxa.

- Transferência

O médico que é inscrito em um Conselho Regional de Medicina e se transfere para outro desliga-se, assim, do Conselho de origem.

- Procedimentos

O médico deverá requerer por escrito, no Conselho de origem (onde possui a inscrição atual) sua Transferência para outro CRM onde também deseja exercer a medicina, de acordo com a Resolução CFM n.° 1299/89.

Após confirmada a chegada deste documento no Conselho de destino, o médico deverá comparecer à sede do Conselho ou a uma de suas Delegacias Seccionais, munido da seguinte documentação, para preencher requerimento próprio:

- Diploma;
- Carteira de Identidade Médica (couro verde);
- Carteira de Identidade Civil;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Título de Eleitor;
- Documento de quitação com o serviço militar;
- 2 (duas) fotos tamanho 3x4;
- Pagamento de taxa.

- Médicos Militares:

Quando o médico exercer a medicina exclusivamente na condição de médico militar (forças armadas), deverá enviar declaração do órgão, constando início e término do serviço, requerimento solicitando inscrição na qualificação de médico militar e demais documentos citados na Inscrição de Pessoa Física. Deverá, também, declarar que somente exerce atividade no âmbito militar, não exercendo qualquer atividade privada.

Observação: o médico inscrito na condição de médico militar estará isento do pagamento de anuidade. Quando o médico deixar de exercer a medicina exclusivamente como militar, deverá enviar comunicado, junto com a Carteira de Identidade Médica (couro verde), e efetuar o pagamento da anuidade.

- Mudança de nome

Apresentar certidão do órgão competente que registra a mudança do nome, nova Carteira de Identidade Civil com as devidas alterações, a Carteira de Identidade Médica (couro verde) e os documentos necessários para expedição de nova Cédula de Identidade Médica.

Transformação de Médico Militar em Civil

Documentos necessários:

1. Atualização dos dados constantes no requerimento único.
2. Comprovação de quitação da anuidade (duodécimos), taxas e emolumentos.

Procedimentos do CRM

1. Recolher a Cédula de Identidade Médica, onde consta a situação de militar.
2. Fornecer a nova Cédula de Identidade Médica.
3. Anotar na Carteira Profissional de Médico.

Inscrição de Médico Estrangeiro (formado no Brasil e com visto permanente)

Documentos necessários:

Após ter assinado o requerimento o médico deverá apresentar os seguintes documentos:

- diploma de conclusão do curso de Medicina (original e registrado);
- Identidade de estrangeiro permanente no Brasil;
- CPF;
- três fotos 3x4: uma para o requerimento, uma para a Carteira Profissional de Médico e outra para a Cédula de Identidade Médica.
- Certificado de proficiência em língua portuguesa para estrangeiro (CELPEBRAS) expedido por instituição oficial de ensino

Observação:

- no caso de mudança de nome, deverá ser apresentada a certidão comprobatória.

Procedimentos do CRM

- Iguais aos da inscrição

Inscrição de Médico Estrangeiro (formado no Exterior e com visto permanente)

Documentos necessários:

- requerimento de inscrição (fornecido pelo CRM);
- diploma original e cópia se expedido por universidade estrangeira - deverá estar devidamente revalidado por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei nº 9.394/96;
- cópia autenticada da tradução oficializada do diploma;
- certificado de proficiência em Língua Portuguesa para Es-

trangeiros (CELPEBRAS), expedido por universidade pública brasileira;

- cópia autenticada da Cédula de Identidade de Estrangeiro - **visto permanente**, ou deferimento de sua permanência, mediante publicação no Diário Oficial da União.
- Cópia autenticada do CPF;
- Três fotos 3x4 (recentes);
- Pagamento de taxa de expedição de carteiras e pagamento proporcional da anuidade do exercício.

Procedimentos do CRM

- Os mesmos utilizados para a inscrição primária.

Observação:

- Na Carteira Profissional de Médico e na Cédula de Identidade Médica deverão constar a mesma data de validade da Cédula de Identidade de Estrangeiro expedida pela Polícia Federal.

Inscrição de Médico Estrangeiro (Asilado Político ou Territorial)

Documentos necessários:

Adotar o mesmo procedimento utilizado para a inscrição, acrescentando-se:

- comprovação da condição de estrangeiro asilado, através de documentação expedida pelo Ministério da Justiça;
- solicitação do diploma (original) registrado no Ministério da Educação ou, na sua falta, de certidão emitida por instituição de ensino superior registrada no Ministério da Educação, em conformidade com a Resolução CFE n.º 3/85 e legislação em vigor.

Procedimentos do CRM

Adotar o mesmo procedimento utilizado para inscrição, acrescentando-se:

- anotar na Carteira Profissional de Médico: inscrição concedida de acordo com a Resolução CFM n.º 1.244/87.

Inscrição de Médico Estrangeiro (Com visto de permanência temporária que venha ao país com regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro)

É concedida ao médico que vem ao país com regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro, cuja normatização consta na Lei do Estrangeiro (Art. 13, inciso V da Lei n.º 6.815/80).

Documentos necessários:

Após ter preenchido e assinado o requerimento único o médi-

co deverá apresentar os seguintes documentos:

- contrato de trabalho ou documento oficial e autorização do Ministério do Trabalho;
- uma foto 3x4 para a ficha de inscrição;
- Cédula de Identidade de Estrangeiro temporário, emitida pelo Departamento de Polícia Federal;
- diploma de conclusão do curso de Medicina (original), revalidado por universidade com delegação no MEC, acompanhado de tradução juramentada;
- comprovante de quitação da anuidade (duodécimos), taxas e emolumentos;
- conhecimento da língua portuguesa (CELPE).

Procedimentos do CRM

1. Colher a assinatura e a impressão digital do médico no requerimento único.
2. Avaliar a documentação, verificando a vigência do visto de permanência temporário.
3. Emitir uma Cédula de Médico Estrangeiro com o nome da instituição em que o médico está autorizado a trabalhar e o prazo de validade; o número seqüencial será precedido do código 300, com prazo de validade visível e não maior do que 1 (um) ano.

Inscrição de Médico Estrangeiro (Convidado por instituições para ministrar atividades didáticas e/ou assistenciais)

É o médico que, oriundo de outro país, é convidado para ministrar cursos que envolvam a prática de atos médicos.

Documentos necessários:

- solicitação ao CRM com antecedência de, pelo menos, 30 dias, pela entidade patrocinadora;
- nomeação dos membros da equipe médica convidada;
- comprovação de registro profissional no país de origem;
- termo de responsabilidade pelos atos médicos praticados no País, informando ao CRM o médico brasileiro responsável por cada procedimento.

Observação

- O diretor técnico da instituição responderá perante os CRMs pelo não cumprimento desta normatização (Resolução CFM n.º 1.494/98).

Visto Provisório (Inscrição)

É fornecido ao médico registrado em um CRM mas que por al-

guma circunstância irá exercer a profissão em outra jurisdição por um período igual ou inferior a 90 (noventa) dias, não caracterizando habitualidade.

Documentos necessários:

1. Preencher o requerimento e entregar a Carteira Profissional de Médico para anotações, no CRM onde está registrado ou naquele para o qual está solicitando visto provisório.
2. Uma foto 3x4 para o requerimento único.

Procedimentos do CRM

1. Colher a assinatura e a impressão digital do médico no requerimento único.
2. Anotar na Carteira Profissional de Médico.
3. Não conceder número de inscrição para o visto provisório, anotando-se no requerimento único o número de inscrição do CRM de origem.
4. Informar ao médico que o prazo de 90 dias é improrrogável; e que após o vencimento o visto perderá sua validade.
5. Informar ao CRM de origem quanto ao visto, encaminhando cópia do requerimento.

Cancelamento de Inscrição:

É aquele procedimento solicitado pelo médico que não mais deseja exercer a Medicina na jurisdição, ou jurisdições, em que esteja inscrito.

Documentos necessários:

1. Complementar o preenchimento do requerimento único, anotando o motivo do cancelamento, e anexar a Carteira Profissional de Médico e a Cédula de Identidade Médica.
2. Anexar comprovante de quitação de anuidade (duodécimos) e/ou débitos anteriores.

Procedimentos do CRM

1. Proceder a anotação na Carteira Profissional de Médico, devolvendo-a posteriormente.
2. Inutilizar a Cédula de Identidade Médica.
3. Quando o médico desejar fazer o cancelamento de sua inscrição num Regional diferente daquele em que se encontra no momento, o procedimento será o seguinte:

- O CRM onde for realizado o novo registro fará contato com o CRM do qual está sendo solicitado o cancelamento, pedin-

do autorização.

- O CRM do qual foi solicitado o cancelamento verificará a inexistência de impedimentos (débitos ou procedimentos éticos), autorizando ou não o cancelamento, formalmente.
- O pedido de cancelamento deverá ser assinado pelo médico solicitante e enviado por fax ao CRM onde pretende fazer o cancelamento, e este documento será retido no novo Regional.

Observação:

- se o cancelamento for originado por motivo de falecimento, sua concretização só ocorrerá após a juntada da cópia da Certidão de Óbito. O CRM deverá fazer a anotação na Carteira Profissional de Médico e inutilizar a Cédula de Identidade Médica, quando possível.

Averbação de Estado Civil

É quando a médica tem seu nome modificado por alteração de estado civil e quer registrar tal fato no CRM.

Documentos necessários:

- certidão comprobatória;

Procedimentos do CRM

1. Registrar na Carteira Profissional de Médico.
2. Recolher e inutilizar a Cédula de Identidade Médica.
3. Emitir nova Cédula de Identidade Médica.
4. Anotar na Carteira Profissional de Médico.

Averbação de Nacionalidade:

É quando o médico muda de nacionalidade e quer notificar tal fato ao CRM.

Documentos necessários:

- certidão comprobatória.

Procedimentos do CRM

1. Registrar na Carteira Profissional de Médico.
2. Recolher e inutilizar a Cédula de Identidade Médica.
3. Emitir nova Cédula de Identidade Médica.
4. Anotar na Carteira Profissional de Médico.

Observação

- o médico naturalizado tem o direito de voto nos CRMs.

Certidão Cadastral

É aquela solicitada ao CRM, onde deverá constar somente o

dado cadastral.

Deverá constar somente os seguintes dados:

- número de registro no CRM;
- data de inscrição;
- situação perante a Tesouraria;
- especialidade registrada no CRM;
- cargos ocupados no CRM.

Declaração de antecedentes éticos

Será fornecida somente a pedido do médico interessado, com os dados documentados pelo CRM.

Procedimentos do CRM

- preencher pedido.

Emissão de guias:

Em janeiro de cada ano, o CREMERS envia o boleto para pagamento de anuidade mediante cobrança bancária, para o endereço de correspondência. Em caso de extravio ou não recebimento do boleto, entrar em contato com a sede do CREMERS ou suas Delegacias.

É imprescindível a atualização permanente do endereço de correspondência junto ao CREMERS, para o recebimento das guias de cobrança, jornal, ofícios e demais comunicações.

Médicos em atraso:

Os médicos em atraso com o pagamento das anuidades deverão entrar em contato com a Secretaria Operacional do CREMERS, para que sejam quitados os seus débitos, evitando, assim, a cobrança judicial.

REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTAS:

- Documentos necessários

- Cópia autenticada do Título de Especialista reconhecido pela AMB e/ou certificado de residência médica reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica;
- Carteira de Identidade Médica.

Registro como Médico do Trabalho

Cópia autenticada do Certificado de Conclusão do Curso de Medicina do Trabalho e Carteira de Identidade Médica.

INSCRIÇÃO PESSOA JURÍDICA

Para inscrição de Pessoa Jurídica no CRM, em cumprimento da

execução da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, da legislação referente à fixação das anuidades e das Resoluções CFM n.os 997/80 e 1.626/2001, devem ser observados os seguintes procedimentos:

A inscrição no CRM de entidades prestadoras de assistência médica é feita através de **Cadastro** ou **Registro**:

Cadastro:

Para estabelecimento de saúde mantido pela União, estados, municípios, suas autarquias e fundações (sendo isentas de taxas).

Registro:

Para as demais empresas médicas que direta ou indiretamente atuam na área médica.

As referidas empresas só adquirem a condição legal para funcionamento após a inscrição obrigatória nos CRMs.

Condições essenciais para a inscrição de pessoas jurídicas nos CRMs

1. Exercer atividade cuja finalidade básica seja a prestação direta ou indireta de promoção, prevenção, tratamento, pesquisa ou reabilitação do ser humano através da Medicina;
2. Contrato Social em conformidade com os preceitos éticos da Medicina;
3. O diretor técnico médico deverá ter registro no CRM onde está atuando ou irá atuar a pessoa jurídica;
4. O Corpo Clínico deverá estar plenamente definido quando a pessoa jurídica já estiver em funcionamento; nos casos em que a pessoa jurídica estiver iniciando suas atividades, o Corpo Clínico deverá ser apresentado em até 30 (trinta) dias;
5. A estrutura física, organizacional e os equipamentos devem ser compatíveis com a finalidade da entidade, e garantir condições de trabalho e remuneração dentro dos preceitos éticos;
6. Quitação das taxas de inscrição e anuidades.

Observações

- os médicos vinculados à pessoa jurídica como empregados, sócios, referendados ou outros, deverão estar regularmente inscritos e quites com o CRM em cuja jurisdição está sendo inscrita a pessoa jurídica;
- o CRM deverá ser notificado em até 30 (trinta) dias, pelo diretor técnico da empresa, acerca de qualquer alteração no quadro funcional médico e/ou estrutura da instituição;
- as empresas de planos de saúde também deverão encaminhar ao CRM quaisquer alterações contratuais, para análise;
- o Corpo Clínico, Comissão de Ética e as demais comissões obedecerão às resoluções próprias do CRM/CFM;
- o diretor técnico deverá firmar termo de concordância para o

exercício da função, notificando o CRM, imediatamente, quando dela se desligar. Somente após esta comunicação cessará sua responsabilidade perante o CRM;

- o cancelamento de inscrição da pessoa jurídica no CRM encerra definitivamente as atividades da entidade, não podendo a mesma continuar a prestas serviços;
- poderá ocorrer cancelamento ou suspensão da inscrição, com a conseqüente proibição de funcionamento, quando a entidade deixar de apresentar as condições de qualificação compatíveis com a finalidade da instituição, avaliadas mediante fiscalização e decisão do Plenário. Nesses casos, as autoridades sanitárias e os agentes financeiros relacionados deverão ser imediatamente notificados;
- quando da inscrição da entidade, a primeira anuidade deverá ser paga juntamente com as taxas, e as demais anuidades até o dia 31 de março de cada ano;
- em caso de inadimplência odébito deverá ser inscrito em dívida ativa, conforme determinam as normas legais.

Documentação para a inscrição

1. Preenchimento do formulário, em todos os campos, conforme a característica do estabelecimento, e assinado pelo diretor técnico;
2. Preenchimento do formulário de aceitação do cargo de diretor técnico, médico com registro no CRM no qual está sendo inscrita a pessoa jurídica;
3. Preenchimento do Termo de Compromisso do diretor técnico comprometendo-se a comunicar ao CRM qualquer alteração quanto à condição de diretor técnico, estrutura física, quadro funcional médico, finalidades e alterações contratuais;
4. Comprovante do pagamento da taxa de inscrição e anuidade, para os casos de registro.

Observações

- nos formulários Ficha de Dados Cadastrais e na Ficha de Declaração de Dados da Empresa, o campo da Comissão de Ética Médica será preenchido se o Corpo Clínico possuir o número de médicos superior àquele que a resolução do CRM exige para a sua formação;
- o formulário Profissionais Médicos que Prestam Serviço à Instituição deverá ser preenchido com o nome e respectivo CRM de todos os médico do Corpo Clínico (sócios ou não);

- se o Contrato Social estiver registrado no Cartório de Registro Especial ou na Junta Comercial, deverão ser anexados os seguintes documentos:
  - original e uma cópia autenticada do Contrato Social;
  - original e uma cópia autenticada de todas as alterações contratuais;
  - cópia autenticada do CNPJ;
  - cópia autenticada do alvará da Vigilância Sanitária;
  - cópia autenticada do alvará municipal;
  - o quadro de médicos do estabelecimento deverá estar quite com a tesouraria do CRM.
- caso o Contrato Social ainda não esteja registrado no Cartório de Registro Especial ou na Junta Comercial, anexar os seguintes documentos:
  - quatro vias do Contrato Social, sendo que uma ficará arquivada no CRM, em pasta própria da empresa; as três vias restantes serão devolvidas à empresa, após a aprovação do CRM, para registro em Cartório;
  - o quadro de médicos do estabelecimento deverá estar quite com a Tesouraria do CRM.

Fluxo dos Documentos

Após análise ética e jurídica da documentação, será fornecida uma declaração para que a empresa providencie o seu registro no CNPJ, Junta Comercial ou Cartório. A seguir, a documentação deverá ser encaminhada à Vigilância Sanitária, para a emissão de alvará.

Observações

- para fins de **Cadastro**, é suficiente o alvará da Vigilância Sanitária;
- procedidos os respectivos registros, acima enumerados, a empresa deverá encaminhar ao CRM estes comprovantes, para efetivação do registro;
- os planos de saúde deverão apresentar o seu registro na Agência Nacional de Saúde.
- após entrega da documentação no CRM, será constituído um processo de inscrição. Após a análise da documentação pelas instâncias competentes, o mesmo será encaminhado à sessão plenária do CRM, para homologação;
- deverá ser expedido um ofício ao diretor técnico, comunicando o deferimento do registro;
- após liberação do Contrato Social, devidamente carimbado

pelo CRM, será expedido o certificado de inscrição.

Contrato Social e Alterações Posteriores

1. Requerimento assinado pelo diretor técnico solicitando o registro da alteração contratual;
2. Se a alteração contratual ainda não estiver registrada no Cartório de Registro Especial ou na Junta Comercial, deverão ser anexadas quatro vias da mesma, para posterior registro em cartório;
3. Quando a alteração contratual estiver registrada em Cartório, anexar cópia(s) autenticada(s) da(s) alteração(ões) contratual(ais);
4. Encaminhamento da documentação, pelas instâncias competentes, para análise. Esta análise deve ser realizada pela área jurídica, a qual também verificará se não existem cláusulas que infrinjam o Código de Ética Médica, envolvimento com o comércio, e se o objetivo da sociedade ou continua sendo a prestação de serviços na área da saúde;
5. Pagamento da taxa de registro de alteração contratual.

Substituição de Diretor Técnico

1. A empresa deverá enviar correspondência ao CRM comunicando a saída de diretor técnico da função e indicando o nome de seu substituto. Os dois médicos deverão assinar a referida comunicação;
2. Pagamento da taxa de alteração de Responsabilidade Técnica;
3. Expedição de novo certificado de anotação de Responsabilidade Técnica.

Expedição de 2ª via do Certificado de Inscrição e Certidão de Regularidade

1. Requerimento assinado pelo diretor técnico;
2. Pagamento da taxa de 2ª via do Certificado de Inscrição e/ou Certidão de Regularidade.

Cancelamento de Inscrição

1. Requerimento assinado pelo diretor técnico ou proprietário solicitando o cancelamento do registro da instituição no CRM;
2. Pagamento da taxa de cancelamento em caso de registro;
3. Pagamento das anuidades até o momento do cancelamento;
4. Apresentação do Distrto Social ou documento semelhente (baixas no CNPJ do Ministério da Fazenda ou no cadastro da

Prefeitura municipal);

5. Caso os itens acima estejam corretos, o cancelamento será efetuado no âmbito do CRM, após homologação em Plenária.

Observação:

- quando o diretor técnico se afastar da pessoa jurídica a empresa deverá substituí-lo no prazo máximo de 24 horas, sob pena de suspensão da inscrição, comunicando-se tal fato à Vigilância Sanitária e demais órgãos públicos e privados envolvidos na assistência pertinente.

PESSOAS JURÍDICAS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Compreendem-se como Pessoas Jurídicas os estabelecimento de saúde: hospitais, clínicas, planos de saúde, laboratórios, ambulatórios, etc.

Regulamentação:

Lei n.° 3268/57;

Lei n.° 6839/80.

Resoluções do Conselho Federal de Medicina

Resoluções CFM n.° 997/80 e 1.626/2001.

A inscrição é obrigatória para todas as empresas que têm como objetivo social a prestação de serviços médicos, para fiscalização do exercício da medicina.

A Lei n.° 9649 de 27.05.98, Art. 58, § 4°, referendou os pressupostos legais acima citados.

As cooperativas recolhem as anuidades de acordo com a taxa mínima (Art. 13 da Resolução CFM 1214/85 e Resolução CFM 1340/90).

Pagamento de anuidades e taxas

Em janeiro de cada ano, o CREMERS envia o boleto de cobrança bancária para o endereço de correspondência do estabelecimento de saúde, correspondente à anuidade.

É imprescindível que o estabelecimento mantenha sempre atualizado seu endereço para correspondência junto ao CREMERS, a fim de receber as guias de cobrança, jornal, comunicados, etc.

Toda e qualquer certidão solicitada pela empresa deverá ser requerida e paga a taxa de expedição.

Criação e homologação da Comissão de Ética

Toda empresa registrada no CREMERS que possua em seu Corpo Clínico 15 (quinze) ou mais médicos deverá desencadear o proces-

so de eleição para a escolha dos membros desta Comissão, ou seja, 03 (três) membros, eleita pelos médicos que compõem o Corpo Médico da empresa.

Regimentos Internos do Corpo Clínico

No sentido harmonioso entre as instituições e os profissionais, visando à melhoria da assistência à saúde e à população, as instituições prestadoras de serviços médicos devem ter seu Regimento Interno, independentemente do número de médicos que constituem o Corpo Clínico, devendo ser encaminhados ao CREMERS para análise e posterior homologação.

Todas as normas e diretrizes estão contidas na Resolução CFM n.° 1481/97

Renovação do Certificado de Inscrição

O Certificado de Inscrição é documento fundamental para liberação do Alvará Sanitário junto ao Departamento de Vigilância Sanitária e Diretorias Regionais de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado. Após avaliação da documentação apresentada, é expedido o Certificado de Inscrição e Responsabilidade Técnica, com validade até 31 de dezembro de cada exercício, renovado a cada ano, por solicitação da empresa, mediante pagamento da respectiva taxa. Para tanto a Pessoa Jurídica deverá estar em dia com suas anuidades.

9. TESOURARIA

A Tesouraria é o setor que atua no cumprimento das normas e resoluções que regulam a atividade financeira da instituição, sendo dirigida pelo Diretor-Tesoureiro.

É importante salientar que os Conselhos de fiscalização do exercício profissional se mantêm sem nenhum aporte de verba governamental, sendo as anuidades as fontes de receitas necessárias para dar cumprimento ao orçamento de cada exercício. Os valores são fixados anualmente pelo Conselho Federal de Medicina.

Como agentes públicos os diretores dos conselhos de fiscalização sujeitam-se ao poder-dever de exação, isto é, de cobrar as anuidades de todos os médicos e empresas registradas em sua jurisdição. Caso isso não ocorra, haverá a responsabilização imediata e direta dos gestores da instituição.

As contas dos Conselhos são auditadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Tribunal de Contas de União, segundo as normas da Administração Pública Federal.

10. CORREGEDORIA

Ao Corregedor compete:

- distribuir por delegação do Presidente as sindicâncias e processos ético-profissionais;
- designar, por delegação do Presidente, Relator e Revisor para os processos ético-profissionais para julgamento;
- examinar os processos ético-profissionais, verificando se estão devidamente instruídos e preparados para julgamento;
- acompanhar as diversas fases do processo, de maneira a que os fatos sejam esclarecidos;
- zelar para que os prazos sejam cumpridos, evitando o arquivamento de processos por paralisação ou prescrição, podendo inclusive substituir sindicantes, instrutores, relatores e revisores quando necessário.

11. OUVIDORIA

A ouvidoria do Cremers foi criada pela Resolução Cremers 09/2003 considerando a necessidade de maior integração com a comunidade médica e empresas ligadas ao exercício da medicina, bem como ouvir os anseios e dificuldades dos médicos sob sua jurisdição. É constituida por três Conselheiros, sendo um Coordenador, nomeados pela Diretorira "ad referendum" do Plenário, ficando vinculados diretamente a presidência.

12. COMISSÕES

O Regimento Interno do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul prevê 16 Comissões, conforme segue:

a) a Comissão de Tomada de Contas, que tem por finalidade emitir parecer escrito sobre as contas do Exercício;

b) a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME), que tem suas atribuições especificadas em Resolução do Conselho Federal de Medicina;

c) a Comissão de Especialidades, que tem como atribuição apreciar pedidos para concessão de Registro de Qualificação de Especialistas e outros assuntos relacionados com o exercício de especialidades médicas;

d) a Comissão de Registro de Empresas, que tem por finalidade emitir parecer sobre os pedidos de inscrições, alterações contratuais e cancelamento de atividades das empresas e serviços

cujas atividades básicas se situem na área da Medicina;

e) as Comissões de Lide, que têm por finalidade tentar conciliar harmonicamente situações de conflito entre médicos;

f) a Comissão de Fiscalização do Exercício Profissional, que tem por finalidade coordenar a fiscalização em hospitais e clínicas, devendo seu programa de fiscalização ser aprovado pela Diretoria;

g) a Comissão de Representação, que tem por função representar o Cremers perante autarquias e fundações;

h) a Comissão de Normatização, que tem por função elaborar resoluções e sistematizá-las de acordo com o Conselho Federal de Medicina;

i) a Comissão de Ensino e Cooperação Científica, que tem por função estimular e organizar atividades científicas com ênfase na ética;

j) a Comissão de Residência Médica, que tem por função auxiliar os médicos residentes no cumprimento dos preceitos de ética e dar-lhes aconselhamento sempre que necessário;

k) a Comissão de Ensino da Ética e Bioética, que tem por função promover estudos e cursos de ética e bioética; verificar e auxiliar as escolas de medicina no desenvolvimento de cursos e programas relativos a essas matérias;

l) a Comissão de Assuntos Interinstitucionais, que tem por função auxiliar o Presidente nas relações com as demais organizações institucionais e afins;

m) a Comissão de Assuntos Internos, que tem por função auxiliar a Presidência na coordenação entre os diversos departamentos e secretarias do Conselho, bem como sugerir providências pertinentes ao seu melhor funcionamento;

n) a Comissão de Planos de Saúde, que tem por função fiscalizar os aspectos éticos dos planos de saúde;

o) a Comissão de Relações Públicas, que tem por função estreitar relações entre o Cremers, os médicos e sociedade;

p) a Comissão de Honorários Médicos, que tem por função discutir e propor ações relacionadas com remuneração.

Obs.: As Comissões terão o mesmo mandato de 20 (vinte) meses da Diretoria.

13. Câmaras Técnicas

13. Câmaras Técnicas

CÂMARAS TÉCNICAS DO CREMERS

As Câmaras Técnicas foram instituídas no âmbito da estrutura organizacional do Cremers, através da Resolução Cremers nº 04/2000, atendendo a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos da atividade profissional médica. As Câmaras Técnicas, sendo um órgão consultivo, têm como principal atribuição avaliar e emitir pareceres no âmbito das respectivas especialidades, só não lhes cabendo interferir no andamento de sindicâncias envolvendo profissionais e assuntos dessas mesmas áreas.

Em 2002, o Conselho Regional de Medicina, através da Resolução nº 02/02, cria a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas, a qual é responsável pelo seu funcionamento. Esta Coordenação Geral está composta pelo Presidente, Vice-Presidente e Primeiro-Secretário do Cremers.

No processo de implementação das Câmaras Técnicas, as Sociedades de cada especialidade indicaram de 03 a 05 nomes para a composição das mesmas, os quais foram apreciados pela Diretoria do Cremers ad referendum do Plenário.

Atualmente, encontram-se instituídas 39 Câmaras Técnicas. Abaixo, destacamos as Câmaras Técnicas em atividades neste Conselho Regional:

CÂMARA TÉCNICA	Coordenação	Presidente CT	Componentes
Acupuntura Resolução Cremers 03/02	CGCT*	Dr. Victor Hugo Canto da Fonseca	Dr.Cláudio Luiz Mendes Couto Dr.João Elias Toscani Cabrera Dr.Sílvio Siqueira Harres Dr.Victor Hugo Canto da Fonseca
Alergia e Imunologia Resolução Cremers 03/02	CGCT*	Dr.Luiz Antonio Guerra Bernd	Dr.Ciro Benito Poglia Barbiero Dr.Gastão Nachtigall Dr.Giovanni Siqueira Di Gesu Dr.Luiz Antonio Guerra Bernd Dr.Regina S. Watanabe Di Gesu
Anestesiologia Resolução Cremers 03/02	CGCT*		Dr.Clóvis Basso Dr.José Vicente Prado Pereira Dr.Márcio Pizzato Dr.Marcos Sperb Bicca da Silveira
Angiologia/Cir.Vascular Resolução Cremers 03/02	Dr.Moacir Assein Arus	Dr. Pedro Pablo Komlós	Dr.Airton Delduque Frankini Dr.Clávio Moraes Varela Dr.Gilberto Gonçalves de Souza Dr.Luiz Francisco M. da Costa Dr.Pedro Pablo Komlós
Cancerologia Resolução Cremers 03/02	Dr. José Pio R. Furtado		Dr.James Freitas Fleck Dr.José Luiz Miranda Guimarães Dr.Sérgio Lago
Cardiologia Resolução Cremers 03/02	Dra. Céo Paranhos Lima	Dr. Roberto Schuster	Dr.Alfeu Roberto Rombaldi Dr.Flávio Veras Aquino Dr.Gustavo Glotz de Lima Dr.Luiz Carlos Van Der Sand Dr.Roberto Schuster
Cir. Cardiovascular Resolução Cremers 03/02	Dr. Fernando A. Lucchese	Dr. Gilberto Venossi Barbosa	Dr.Gilberto Venossi Barbosa Dr.João Ricardo Sant'Anna Dr.José Airton Barão Ceratti Dr.Rubens Lorentz Araújo Dr.Wagner Michael Pereira
Cirurgia Geral Resolução Cremers 11/02	CGCT*	Dr. Luiz Alberto De Carli	Dr. Luiz Alberto De Carli Dr. Antonio Carlos Weston Dr. Marcelo Garcia Toneto Dr. Jarbas Marinho B. Cavalheiro Dr. Leandro Totti Cavazzola
Cirurgia Pediátrica Resolução Cremers 03/02	CGCT*	Dr. João Vicente Bassols	Dr.Januário Vitola Dr.João Vicente Bassols Dra.Sandra Fonseca Calefi
Cirurgia Plástica Resolução Cremers 03/02	CGCT*		Dr.Alexis Lemos Pacheco Dr.Everton F. Oliveira Cezar Dr.José Francisco Wechsler Dr.Léo Francisco Doncatto Dr.Rinaldo de Angeli Pinto
Cirurgia Torácica Resolução Cremers 09/02	CGCT*		Dr.José de Jesus Peixoto Camargo Dr.Alberto Kaemmerer Dr.Airton Schneider Dr.Darcy Ribeiro Pinto Filho Dr.Jayme Oliveira Rios
Clínica Médica Resolução Cremers 07/02	Dr. Flávio José M. Job	Dr. Édison Pizzato	Dr. Alexandre Moretto Dr. Édison Pizzato Dr. Jorge Luiz Fregapani Dr. Marcelo Basso Gazzana Dr. Newton Monteiro de Barros Dr. Flavio José M. Job
Dermatologia Resolução Cremers 03/02	CGCT*	Dra.Míriam Pargendler Peres	Dr. Antonio Carlos Bastos Gomes Dr. César Bimbi Dr. José Carlos Riccardi Guimarães Dra. Magda Blessmann Weber Dra. Maria de Lourdes P. Barradas Dra. Miriam Pargendler Peres

*Coordenadoria Geral das Câmaras Técnicas

CÂMARA TÉCNICA	Coordenação	Presidente CT	Componentes
Emergências Resolução Cremers 09/02	CGCT*	Dr. Luiz Alexandre A. Borges	Dr.Charly Fernando G. Camargo Dr.João Albino Potrich Dr.Luiz Alexandre A. Borges Dr.Paulo de Tarso Roth Dalcin Dr.Roberto Pelegrini Coral Dr.Sérgio Luis Amantéa
Endocrinologia e Metabologia Resolução Cremers 03/02	CGCT*		Dr.Aírton Golbert Dr.Marcos Rovinski Dr.Rogério Friedman Dr.Sérgio Leirias de Almeida
Ética Médica e Bioética Resolução Cremers 03/02	Dr. Luiz Augusto Pereira		Dr.Délio José Kipper Dr.Marco Antônio O.de Azevedo Dr.Marcos Nestrovski Dr.Mário Roberto da Silveira Dr.Moacir Assein Arus
Fisiatria Resolução Cremers 04/02	Dr. Cláudio B. S. Franzen		Dr. André Luiz Franzen Moll Dr. Carlos Alberto Issa Musse Dra. Luciane Fachin Balbinot Dr. Paulo Henrique G. Mulazzani Dra. Rosane Boger Stelzer
Gastroenterologia Resolução Cremers 03/02	Dr. Ismael Maguilnik	Dr. Sabino Vieira Loguercio	Dra.Dvora Joveleviths Dr.Jorge Olavo Pitta Pinheiro Dr.José Renato Hauck Dr.Luiz Carlos Sperb Dr.Sabino Vieira Loguercio
Geriatria e Gerontologia Resolução Cremers 11/02	CGCT*	Dr.Renato de Oliveira Santos	Dr. Renato de Oliveira Santos Dr. João Senger Dra.Marianela Flores de Hekman
Hematologia Resolução Cremers 10/02	Dr. João Pedro Escobar Marques Pereira		Dra.Almeri Marlene Balsan Dra.Ines Guterres Dra. Lúcia Mariano da Rocha Silla Dr.Hiram de Azambuja Schuh
Homeopatia Resolução Cremers 03/02	CGCT*	Dra. Universina Ramos	Dra.Ângela Augusta Lanner Vieira Dr.Ben-Hur Cassol Dalla Porta Dr.Erico Dornelles Dra.Universina N.de Oliveira Ramos
Infectologia Resolução Cremers 03/02	Dr. Cléber R. Á. da Silva	Dr. Breno Riegel Santos	Dr.Breno Riegel Santos Dr.Eduardo Sprinz Dra.Giórgia Torresini Ribeiro Dra.Marineide Melo Rocha Dr.Paulo Renato Petersen Behar
Informática em Saúde Resolução Cremers 04/02	Dr. Luiz Augusto Pereira		Dr.Gerson Martins Pereira Dr.Luiz Augusto Pereira Dr.Marcelo Garcia da Rocha Dra.Mariza Machado Klück
Medicina Desportiva Resolução Cremers 03/02	Dr. Cláudio B. S. Franzen	Dr. Alexandre José Vianna	Dr.Alexandre José Vianna Dra.Cátia Boeira Severo Dr.João Ricardo Turra Magni Dr.Luis Fernando Varela Brenes
Medicina do Trabalho Resolução Cremers 03/02	Dr. Iseu Milman	Dr. Arthur da Motta Lima Netto	Dr.Antônio Mário de C. Guimarães Dr.Arthur da Motta Lima Netto Dr.Cláudio Schmitt Dr.Dirceu F.de Araújo Rodrigues Dr.Mauro Azevedo de Moura
Mediciana Geral Comunitária Resolução Cremers 03/02	CGCT*		Dr.Aírton Tetelbom Stein Dr.Eno Dias de Castro Filho Dr.Francisco Jorge A. de Oliveira Dra.Patrícia de la Rocha Arruda Dr.Sérgio Antonio Sirena

*Coordenadoria Geral das Câmaras Técnicas

CÂMARA TÉCNICA	Coordenação	Presidente CT	Componentes
Medicina Intensiva Resolução Cremers 03/02	Dr. Jefferson Piva		Dr.Edemar M. Costa Pereira Dra.Eliana de Andrade Trotta Dr.Fernando Suparregui Dias Dr.Jairo Constante B.Othero Dra.Tania Maria Rohde Maia
Nefrologia Resolução Cremers 04/02	CGCT*		Dra.Nara Regina Lessa Pimentel Dra.Clotilde Druck Garcia Dra.Domingos Otávio L. D'Ávila Dr. João José Andreuchetti de Freitas Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello
Neurologia/Neurocirurgia Resolução Cremers 03/02	Dr. Ivan Chemale	Dr.Mário Ferreira Coutinho	Dr.Eduardo Beck Paglioli Dr.Jaderson Costa da Costa Dr.Mário Ferreira Coutinho Dr.Nelson Pires Ferreira Dr.Sérgio Roberto Haussen
Nutrologia Resolução Cremers 10/02	CGCT*	Dr. Paulo Francisco Henkin	Dr. Paulo Francisco Henkin Dr. Luiz José Varo Duarte Dra. Elza Daniel de Mello
Obstetrícia e Ginecologia Resolução Cremers 03/02	Dr. Antônio Celso K. Ayub	Dr. Antônio Celso Ayub	Dr.Fernando Ferreira Bernd Dr.Gustavo Py Gomes da Silveira Dra.Mariângela Badalotti Dr.Plínio Vicente Medaglia Filho Dr.Sérgio H. Almeida Martins Costa
Oftalmologia Resolução Cremers 03/02	Dr. Joaquim José Xavier		Dr.Afonso Reichel Pereira Dr.Marco Antônio M. de Oliveira Dr.Vitor Saalfeld
Ortopedia/Traumatologia Resolução Cremers 09/02	Dr. Sílvio Pereira Coelho		Dr.Afrane Serdeira Dr. Sílvio Pereira Coelho Dr.Ivo Schmiedt Dr.Isaias Levy Dr.Lauro Machado Neto
Otorrinolaringologia Resolução Cremers 03/02	CGCT*	Dr. Gerson Schulz Maahs	Dr.Alberto Alencar Nudelmann Dra.Berenice Dias Ramos Dr.Gerson Schulz Maahs Dr.José Seligman Dr.Marcelo Zanini Correa
Pediatria Resolução Cremers 03/02	Dr. Ênio Rotta		Dr.Alfredo Floro Cantalice Neto Dr.Carlos Eduardo Nery Paes Dr.Érclo Amaro de Oliveira Filho Dr.Luiz Fernando Loch Dr.Paulo Roberto A. Carvalho
Perinatologia Resolução Cremers 05/00	Dr. Antônio Celso K. Ayub		Dr.Ênio Rotta Dr.Ignozy Dorneles Jornada Júnior Dra.Ivete Cristina Teixeira Canti Dr. Antônio Celso K. Ayub
Psiquiatria Resolução Cremers 03/02	Dr. Rogério Wolf de Aguiar	Dr. Rudyard Emerson Sordi	Dra.Ieda Bischoff Portella Dra.Laís Knijnik Dra.Neusa Knijnik Lucion Dr.Rudyard Emerson Sordi
Radiologia Resolução Cremers 03/02	CGCT*	Dr. Flávio Franciosi Aesse	Dr.Antônio Carlos Maciel Dr.Flávio Franciosi Aesse Dr.Klaus Loureiro Irion Dr.Paulo César Sanvitto
Urologia Resolução Cremers 04/02	CGCT*		Dr.Alcides Diniz Carvalhal Dr.Carlos Eurico Cairoli Dr.Henrique Sarmento Barata Dr.Isidoro D.Papadopol Dr.Renato Scaletscky

*Coordenadoria Geral das Câmaras Técnicas

Resoluções do Cremers referentes as Câmaras Técnicas

Resolução Cremers n.º 04/2000

Institui as Câmaras Técnicas no âmbito do Cremers.

O **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958;

Considerando que compete ao Cremers, como órgão supervisor e normatizador do exercício ético-profissional da medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, para um perfeito desempenho da atividade profissional médica;

Considerando a necessidade de posicionamento técnico especializado sobre assuntos específicos;

Considerando, finalmente, o decidido em Reunião Plenária de 01 de agosto de 2000;

RESOLVE:

Art. 1º- Instituir as Câmaras Técnicas no âmbito da estrutura organizacional do Cremers;

Art. 2º- As Câmaras Técnicas serão instituídas por Resolução;

Art. 3º- As Câmaras Técnicas serão compostas por 3 (três) ou 5 (cinco) membros indicados pela Diretoria, ad referendum do Plenário;

Art. 4º- Cada Câmara será coordenada por um Conselheiro;

Art. 5º- As sociedades de especialidades médicas poderão indicar nomes de especialistas, para que a Diretoria os escolha para compor as Câmaras Técnicas, de acordo com as necessidades, *ad referendum* do Plenário;

Art. 6º- São atribuições das Câmaras Técnicas avaliar e emitir pareceres no âmbito da especialidade, restritos aos fatos, sem identificação das partes;

Parágrafo Único - As manifestações das Câmaras Técnicas terão caráter opinativo, não sendo vinculativo.

Art. 7º- As Câmaras Técnicas não poderão instruir sindicâncias;

Art. 8º- A participação nas Câmaras Técnicas é honorífica;

Art. 9º- A solicitação de afastamento como membro da Câmara Técnica dar-se-á por manifestação escrita;

Art. 10º- O conjunto das Câmaras Técnicas será coordenado pelo Presidente do Cremers, ou por sua Delegação;

Art. 11º- Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário;

Porto Alegre, 01 de agosto de 2000.

Resolução Cremers nº 02/2002

Cria a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas, dispõe sobre as suas atribuições e aprova as normas operacionais das Câmaras Técnicas, em anexo, que farão parte desta Resolução

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44045, de 19 de julho de 1958,

CONSIDERANDO ser o Cremers o órgão superior do exercício ético-profissional da Medicina do Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO que cabe ao Cremers zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 01/08/2000,

RESOLVE:

Artigo 1º - Criar a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas.

Artigo 2º - A Coordenação Geral das Câmaras Técnicas (CGCT) terá como atribuições:

a) Coordenar as Câmaras Técnicas, visando a sua integração com o Corpo de Conselheiros e o intercâmbio entre as mesmas;
b) Supervisionar o conjunto das atividades e funcionamento das Câmaras Técnicas;
c) Promover reuniões periódicas entre os coordenadores e membros das CTs, objetivando o desenvolvimento das mesmas;
d) Indicar o Conselheiro Coordenador de cada Câmara Técnica, podendo substituí-lo, se necessário, para o melhor funcionamento da Câmara;

e) Sugerir a criação de novas CTs sempre que necessário, encaminhando o expediente à Diretoria;
f) Encaminhar às Câmaras Técnicas as solicitações referentes a assuntos da especialidade;
g) A CGCT será composta pelo Presidente, Vice-Presidente e Secretário do Cremers.

Artigo 3º - As decisões da Coordenação Geral das Câmaras Técnicas serão tomadas em colegiado.

Artigo 4º - A Coordenação Geral das Câmaras Técnicas receberá as solicitações de conselheiros, sindicantes, relatores, revisores, corregedores ou pareceristas para encaminhamento às respectivas Câmaras. Após análise e aprovação das solicitações, a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas as encaminhará à respectiva Câmara.

Artigo 5º - Ficam aprovadas as normas operacionais das Câmaras Técnicas, em anexo.

Artigo 6º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 02 de abril de 2002.

Normas Operacionais

Normas Operacionais das Câmaras Técnicas a que se refere o artigo 3º da Resolução Cremers nº 02/2002

As Câmaras Técnicas, instituídas pela Resolução 04/2000, seguem as seguintes normas operacionais:

a) cada Câmara Técnica será composta por membros indicados pela Diretoria, ad referendum do Plenário, cabendo ao Coordenador supervisionar o funcionamento da Câmara Técnica;

b) cada Câmara Técnica terá um Presidente e um Secretário, escolhido pelos seus membros;

c) as reuniões serão, preferencialmente, mensais e convocadas pelo Presidente da Câmara Técnica que assinará seus expedientes de comum acordo com o Coordenador;

d) a Câmara Técnica deverá elaborar um cronograma de reuniões, encaminhando-o à Coordenação Geral das Câmaras Técnicas (CGCT). Antes de convocar cada reunião o presidente deverá verificar junto à CGCT a disponibilidade de local e infra-estrutura;

e) as solicitações das Câmaras Técnicas deverão ser encaminhadas por escrito à CGCT;

f) a solicitação de afastamento como membro da Câmara Técnica dar-se-á por manifestação escrita ou ausência, sem justificativa, a três reuniões consecutivas ou cinco reuniões ao ano, quando elas forem mensais;

g) a proposição de um novo membro para a Câmara Técnica deverá ser encaminhada à Diretoria do Cremers, que poderá aceitá-la ad referendum do Plenário;

h) o desligamento do membro da Câmara Técnica deverá ser comunicado ao Coordenação Geral das Câmaras Técnicas (CGCT);

f) cabe à Coordenação Geral das Câmaras Técnicas alterar, se necessário, as normas operacionais, bem como resolver casos omissos nestas normas.

14. Contatos Setores do Cremers

Fone: 3219.7544 - Fax: 3217.1968
E-mail: cremers@cremers.com.br

14. Contatos Setores do Cremers

- **Dr. Marco Antônio Becker - *Presidente***
  - Funcionária - Adriane - Ramal: 124

  E-mail: presid@cremers.com.br

- **Dr. Luiz Augusto Pereira - *Vice-Presidente e Coord. das Delegacias Seccionais***
  - Funcionária - Adriana - Ramal: 123

  E-mail: vicepresid@cremers.com.br

  E-mail: coordds@cremers.com.br

- **Dr. Fernando Weber Matos - *Primeiro Secretário***

  Secretaria Operacional - Secretaria de Assuntos Técnicos
  - Funcionária: Maria Helena - Ramais: 117, 120, 139, 140

  E-mail:psec@cremers.com.br

  E-mail: so@cremers.com.bt

- **Dr. Martinho Alexandre Reis Álvares da Silva - *Seg. Secretário***

  Secretaria de Assuntos Técnicos - Secretaria Operacional
  - Funcionária: Tina Martins - Ramais: 119, 126, 133, 138

  E-mail: sat@cremers.com.br

- **Dr. Joaquim José Xavier - *Tesoureiro***
  - Funcionária: Maria Helena - Ramais: 125, 137

- **Dr. Flávio José Mombru Job - *Corregedor***
  - Funcionária: Tina Martins - Ramais: 119, 126, 133, 138
    E-mail: sat@cremers.com.br

- **Departamento Jurídico**
  - **Advogados:**
    - Dr. Jorge Alcibíades Perrone de Oliveira
    - Dr. Luiz Melíbio Uiraçaba Machado
    - Dr. Toni Roberto Kunzler Saldanha Cheiran
    - Dr. Cyro Pereira Isolan
    - Dra. Maely Giskow Golbert
  - Funcionária: Tina Martins - Ramal: 119

- **Ouvidoria/Consultoria**
  - **Dr. Cláudio Souto Franzen,**
  - **Dr. Isaias Levy e**
  - **Dr. Antônio Celso Koehler Ayub**
  - Funcionaria: Daniele Rabello - Ramal: 133, 152, 156
    E-mail: ouvidoria@cremers.com.br

- **Gerência - Marcos Costa** - Ramal: 122
  E-mail: marcos@cremers.com.br

- **Centro de Informática - Paulo Sobrinho**
  E-mail: ci@cremers.com.br

- **Câmaras Técnicas - Coord. Geral**
  - Funcionária: Rosana - Ramal 141
    E-mail: ct@cremers.com.br

APÊNDICE

I. RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Resolução n.º	Assunto
997/80	Cria cadastro de estabelecimentos de saúde - vide folha 108
1.021/80	Transfusão de Sangue em iminente perigo de vida
1.216/85	Obrigação de pagamento de anuidade mesmo morando no exterior
1.219/85	Revoga a Resolução CFM n.º 1.190/84
1.231/86	Assegura o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte do Corpo Clínico
1.246/88	Código de Ética Médica - vide folha 38/51
1.342/91	Diretor Técnico - vide folha 111
1.352/92	Diretor Técnico - vide folha 95
1.359/92	Atendimento assegurado aos portadores da imunodeficiência humana
1.363/93	Anestesiologia
1.367/93	Os Conselhos de Medicina poderão criar delegacias seccionais
1.401/93	Planos de Saúde - sob judice
1.451/95	Estrutura dos Prontos Socorros
1.480/97	Morte encefálica - deverá ser conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida
1.481/97	Diretrizes Gerias para os Regimentos Internos de Corpos Clínicos - folha 91
1.488/97	Atribuições do médico do trabalho
1.490/98	A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular
1.493/98	Determina ao Diretor-Clínico que tome providências para que todo paciente internado tenha seu médico assistente - vide folha 113
1.494/98	Autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte dos médicos estrangeiros
1.497/98	Determina que o médico nomeado perito execute e cumpra o encargo, no prazo determinado
1.499/98	Proíbe práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica
1.500/98	Prática ortomolecular, biomolecular e oxidologia

1.536/98	Lesões de interesse comum à medicina e à odontologia, visando a adequada segurança do resultado a equipe cirúrgica der ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico.
1.590/99	Obrigatório o registro nos CRMs de operadoras de planos de saúde
1.601/01	O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito é da responsabilidade do médico que a atestou.
1.605/01	Entrega de prontuário - Vide folha 70
1.607/01	Inadimplência por mais de 1 (um) ano, em relação às anuidades, automaticamente o médico terá cancelada sua inscrição
1.609/01	Os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na práticas médica nacional, deverão ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Medicina
1.613/01	Determina aos CRMs que criem o Departamento de Fiscalização da profissão de médico e de serviços médico-assistenciais
1.614/01	Auditoria médica - com alteração
1.615/01	Médico estrangeiro e o médico brasileiro com diploma obtido em faculdade estrangeira terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução
1.616/01	É vedado o desligamento de médico vinculado a plano de saúde, exceto por decisão motivada por justa causa
1.617/01	Código de Processo Ético-Profissional - vide folhas 51/64
1.619/01	Médico que exerce atividade militar a cada ano (até 28.02) deve apresentar prova de sua condição
1.620/01	Conteúdo do requerimento para inscrição de médico estrangeiro
1.621/01	Cirurgia plástica é especialidade única, indivisível e deve ser exercida por médico qualificado
1.622/01	Considera como procedimento terapêutico procedimentos de correção funcional usando Excimer Laser
1.623/01	Regula o funcionamento dos serviços de captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico
1.627/01	Define o ato médico
1.630/01	Modifica redação do artigo 7º da Resolução CFM 1615/01 - Médico Estrangeiro
1.633/01	Dispõe da proibição de matérias publicitárias, vinculadas à área médico-hospitalar
1.634/02	Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas - CFM-AMB-CNRM
1.635/02	Dispõe sobre exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos

1.636/02	Dispõe sobre exame de aptidão física e mental
1.638/02	
1.639/02	Prontuário médico
1.640/02	Dispõe sobre a eletroconculsoterapia e dá outras providências.
1.641/02	Veda o médico de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissionais não-médicos
1.642/02	Empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua jurisdição
1.643/02	Define e disciplina a prestação de serviços através de Telemedicina
1.649/02	Dispõe sobre descontos em honorários médicos através de cartões de descontos
1.650/02	Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de medicina
1.657/02	Comissões de Ética Médica - vide folha 118
1.664/03	Dispõe sobre as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual
1.665/03	Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento de pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos
1.666/03	Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.634/02
1.668/03	Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência
1.669/03	Dispõe sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira
1.670/03	Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.
1.671/03	Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências
1.672/03	Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências
1.673/03	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos médicas - adoção
1.674/03	Considera a lipotripsia extracorpórea por onda de choque um ato médico e estabelece critérios para sua realização
1.701/03	Divulgação de assuntos médicos - vide folhas 149.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.021/80

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no artigo 153, parágrafo 2º da Constituição Federal; no artigo 146 e seu parágrafo 3º, inciso I e II do Código Penal; e nos artigos 1º, 30 e 49 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o caso de paciente que, por motivos diversos, inclusive os de ordem religiosa, recusam a transfusão de sangue;

CONSIDERANDO finalmente o decidido em sessão plenária deste Conselho realizada no dia 26 de setembro de 1980,

RESOLVE:

Adotar os fundamentos do anexo PARECER, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes a recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida.

Rio de Janeiro, 26 de setembro de 1980.

PARECER PROC. CFM n.º 21/80

O problema criado, para o médico, pela recusa dos adeptos da Testemunha de Jeová em permitir a transfusão sangüínea, deverá ser encarado sob duas circunstâncias:

1 - A transfusão de sangue teria precisa indicação e seria a terapêutica mais rápida e segura para a melhora ou cura do paciente. Não haveria, contudo, qualquer perigo imediato para a vida do paciente se ela deixasse de ser praticada. Nessas condições, deveria o médico atender o pedido de seu paciente, abstendo-se de realizar a transfusão de sangue.

Não poderá o médico proceder de modo contrário, pois tal lhe é vedado pelo disposto no artigo 32, letra "f" do Código de Ética Médica:

"Não é permitido ao médico:

f) exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente a resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar".

2 - O paciente se encontra em iminente perigo de vida e a transfusão de sangue é a terapêutica indispensável para salvá-lo.

Em tais condições, não deverá o médico deixar de praticá-la apesar da oposição do paciente ou de seus responsáveis em permiti-la.

O médico deverá sempre orientar sua conduta profissional pelas determinações de seu Código. No caso, o Código de Ética Médica assim prescreve:

"Artigo 1º - A medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa..."

"Artigo 30 - O alvo de toda a atenção do médico é o doente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

"Artigo 19 - O médico, salvo o caso de "iminente perigo de vida", não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento

tácito ou explícito do paciente e, tratando-se de menor incapaz, de seu representante legal".

Por outro lado, ao praticar a transfusão de sangue, na circunstância em causa, não estará o médico violando o direito do paciente.

Realmente, a Constituição Federal determina em seu artigo 153, Parágrafo 2º que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei".

Aquele que violar esse direito cairá nas sanções do Código Penal quando este trata dos crimes contra a liberdade pessoal e em seu artigo 146 preconiza: "Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda".

Contudo, o próprio Código Penal no parágrafo 3º desse mesmo artigo 146, declara:

"Não se compreendem na disposição deste artigo:

I - a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida".

A recusa do paciente em receber a transfusão sangüínea, salvadora de sua vida, poderia, ainda, ser encarada como suicídio. Nesse caso, o médico, ao aplicar a transfusão, não estaria violando a liberdade pessoal, pois o mesmo parágrafo 3º do artigo 146, agora no inciso II, dispõe que não se compreende, também, nas determinações deste artigo, "a coação exercida para impedir o suicídio".

CONCLUSÃO

Em caso de haver recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico, obedecendo a seu Código de Ética Médica, deverá observar a seguinte conduta:

1º - Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis.

2º - Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.

Dr. TELMO REIS FERREIRA - Relator

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.216/85

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a existência de muitos médicos que pretendem residir no exterior;

CONSIDERANDO que mesmo não exercendo suas atividades no Brasil, o médico residente no exterior está obrigado a efetuar o pagamento das anuidades;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 12 de julho de 1985.

RESOLVE:

1 - O médico que for residir no exterior deverá requerer, ao Conselho Regional em que estiver inscrito, o cancelamento da sua inscrição, apresentando sua carteira à Secretaria do Conselho Regional para as devidas anotações.

2 - Com a aprovação do pedido de cancelamento da inscrição, feito até o último dia do ano, fica o médico desobrigado do pagamento das anuidades que se fariam devidas nos exercícios seguintes.

3 - Retornando o médico a residir no Brasil e querendo reassumir suas atividades profissionais, deverá comunicar este fato e requerer ao Conselho Regional de Medicina a reinscrição para voltar a exercer a Medicina.

Rio de Janeiro, 12 de julho de 1985.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.219/85

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso de suas atribuições, conferidas pela Lei n° 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a legislação vigente a respeito do segredo profissional, devidamente capitulada no Código Penal, Código de Processo Penal, Código Civil, Código de Processo Civil e Código Brasileiro de Deontologia Médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de julho de 1985;

RESOLVE:

1. Revogar a Resolução CFM n° 1.190/84.

2. A presente Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Rio de Janeiro, 11 de julho de 1985

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.190/84

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando das atribuições que lhe confere a Lei n° 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045 de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que ao beneficiário da Previdência Social cabe o direito de solicitar ao médico que lhe prestou assistência, o fornecimento de um atestado com o diagnóstico;

CONSIDERANDO que esse documento poderá servir de prova do beneficiário junto ao empregador para justificativa de eventual falta ao trabalho;

CONSIDERANDO as diferentes interpretações que se devem dar a "atestado médico" e "laudo pericial";

CONSIDERANDO que se deve fazer a distinção entre um exame médico destinado a comprovar as condições de saúde do beneficiário, feito a seu pedido, e uma perícia médica;

CONSIDERANDO que não constitui infração do Código de Deontologia revelar o diagnóstico, especialmente quando codificado e com o expresso consentimento do paciente ou seu responsável:

CONSIDERANDO que a legislação distingue entre o procedimento a ser seguido quanto aos primeiros 15 (quinze) dias de falta ao trabalho e o período posterior quando então é necessário a perícia;

CONSIDERANDO as Resoluções do Conselho Federal de Medicina n°s 982/79 e 999/80;

CONSIDERANDO o que foi decidido na reunião plenária do dia 31 de agosto de 1984;

RESOLVE:

1 - Não comete infração ética o médico que por solicitação do seu paciente, forneça um atestado médico com diagnóstico ou não.

2 - Nesse atestado deve constar a expressa concordância.

3 - Esse atestado não constitui laudo de perícia médica.

Rio de Janeiro, 14 de setembro de 1984

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.231/86

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que muitos hospitais públicos e privados têm recusado admitir que os médicos não integrantes de seu Corpo Clínico promovam internações nesses estabelecimentos;

CONSIDERANDO que esta recusa caracteriza modalidade de cerceamento do exercício profissional garantido pelas normas legais vigentes, além da instituição de monopólio profissional por parte de determinados grupos médicos;

CONSIDERANDO que não se pode descartar a função social que toda entidade pública ou privada deve desempenhar dentro da comunidade;

CONSIDERANDO que o hospital deve estar precipuamente a serviço do indivíduo, assim como da comunidade;

CONSIDERANDO os termos do parecer CFM n.º 27/86, aprovado na Sessão Plenária de 10.10.86;

RESOLVE:

1 - A todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte de seu Corpo Clínico, ficando sujeitos, nesta situação, o médico e o paciente às normas administrativas e técnicas do Hospital.

2 - O Regimento Interno do Corpo Clínico dos Hospitais deverá prever explicitamente que o médico não integrante do seu Corpo

Clínico possa promover as internações necessárias nestes estabelecimentos hospitalares.

3 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 1986.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.359/92

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 1º do Código de Ética Médica determina que "a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza";

CONSIDERANDO as normas emanadas pela Organização Mundial de Saúde - OMS - e pelo Ministério da Saúde sobre o tratamento dos pacientes portadores de AIDS;

CONSIDERANDO a contínua expansão da epidemia de AIDS no país, e a progressiva mudança em seu perfil, atingindo grupos populacionais cada vez mais amplos, aliada à pouca eficiência das campanhas preventivas até aqui desencadeadas;

CONSIDERANDO o profundo impacto que a doença provoca no paciente portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), limitando a sua atividade física, tornando-o vulnerável física, moral, social e psicologicamente;

CONSIDERANDO os termos dos pareceres CFM Nºs. 14/88 e 11/92;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de novembro de 1992;

RESOLVE:

Art. 1º - O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Parágrafo Primeiro - Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

Parágrafo Segundo - O atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, razão pela qual não se poderá alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para esta recusa de prestação de assistência.

Parágrafo Terceiro - As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para a sua proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

Parágrafo Quarto - É de responsabilidade do Diretor Técnico da instituição a garantia das condições de atendimento.

Art. 2º - O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente.

Parágrafo único - Será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (ex.: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado).

Art. 3º - O médico que presta seus serviços a empresa está proibido de revelar o diagnóstico de funcionário ou candidato a emprego, inclusive ao empregador e à seção de pessoal da empresa, cabendo-lhe informar, exclusivamente, quanto à capacidade ou não de exercer determinada função.

Art. 4º - É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária a internamento hospitalar, pré-operatório, ou exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Paulo-SP, 11 de novembro de 1992.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.363/93

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que a Portaria n.º 400, de 06 de dezembro de 1977, do Ministério da Saúde, prevê sala de recuperação pós-anestésica para a Unidade do Centro Cirúrgico;

CONSIDERANDO o que foi proposto pela Comissão Especial conjunta do Conselho Federal de Medicina e da Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em Sessão Plenária de 12 de março de 1993.

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos médicos que praticam anestesia que:

I - Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível;

II - Para conduzir as anestesias gerais ou regionais com segurança, assim como manter a vigilância permanente ao paciente anestesiado durante o ato operatório, o médico anestesista deve estar sempre junto a este paciente;

III - Os sinais vitais do paciente serão verificados e registrados em ficha própria durante o ato anestésico, assim como a ventilação, oxigenação e circulação serão avaliadas intermitentemente;

IV - É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestesias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico;

V - Todas as conseqüências decorrentes do ato anestésico são da responsabilidade direta e pessoal do médico anestesista;

VI - Para a prática da anestesia deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições.

Art. 2º - Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática de anestesia as a seguir relacionadas:

I - Monitorização dos pacientes com esfigmomanômetro, estetoscópio pré-cordial ou esofágico e cardioscópio.

II - Monitorização do CO2 expirado e da saturação da hemoglobina, nas situações tecnicamente indicadas;

III - Monitorização da saturação de hemoglobina, de forma obrigatória, nos hospitais que utilizam usinas concentradoras de oxigênio;

IV - Deverão estar à disposição do anestesista equipamentos, gases e drogas que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança e desfibrilador, cardioscópio, sistema ventilatório e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorrespiratória;

V - O equipamento básico para administração de anestesia deverá ser constituído por secção de fluxo contínuo de gases, sistema

respiratório completo, tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, laringoscópio, cânulas orofarígeas, aspirador, agulhas e material para bloqueios anestésicos;

VI - Todo paciente após a cirurgia deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico.

VII - Enquanto não estiver disponível a sala de recuperação pós-anestésica, o paciente deverá permanecer na sala de cirurgia até a sua liberação pelo anestesista.

VIII - Os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista.

Art. 3º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogada a Resolução CFM n.º 851/78, de 04 de setembro de 1978.

Brasília-DF, 12 de março de 1993.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.367/93

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República;

CONSIDERANDO que cabe aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício da profissão de médico e das Empresas prestadoras de Serviços Médicos;

CONSIDERANDO que a descentralização dos Conselhos de Medicina propiciará a dinamização de suas atividades administrativas, judicantes, de fiscalização e de promoção ética;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária realizada em 05 de maio de 1993.

RESOLVE:

Art. 1º - Os Conselhos Regionais de Medicina poderão criar Delegacias Regionais e/ou Representações, obedecendo a critérios de divisão geográfica e população médica.

Art. 2º - As Delegacias Regionais e Representações terão por função a representatividade do Conselho Regional em seu âmbito geográfico, sendo jurisdicionados a elas os médicos residentes nos municípios que as compõem.

Art. 3º - Os Conselhos Regionais de Medicina definirão, através de Resolução, a jurisdição, a composição, as competências, as normas eleitorais e o funcionamento das Delegacias e Representações.

Parágrafo único - As Delegacias e Representações não terão poder judicante, podendo, porém, realizar sindicâncias e tomar depoimentos na instrução de processos ético-profissionais, mediante precatória.

Art. 4º - As Delegacias Regionais e Representações serão subsidiadas financeiramente pelos respectivos Conselhos Regionais.

Parágrafo único - As Delegacias e Representações prestarão contas aos Conselhos Regionais de Medicina da utilização desses recursos.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 05 de maio de 1993.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.401/93

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina, conforme determina o artigo 2º da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão da sua atividade básica ou em relação àquela pela qual prestam serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a RESOLUÇÃO CFM N.º 1.342, de 08 de março de 1991, confere ao Diretor Técnico a responsabilidade de prover os meios indispensáveis à prática médica e de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares vigentes;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e de tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de novembro de 1993.

RESOLVE:

Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, empresas de Medicina de Grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

Art. 2º - Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no artigo 1º são;

a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;

b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico;

c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente;

d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e o médico.

Art. 3º - É vedado à empresa contratante estabelecer qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 4º - O registro das empresas referidas no artigo 1º, no Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, é condição indispensável para o licenciamento do pleno direito do exercício de suas ações na área da saúde.

Art. 5º - As empresas constantes no artigo 1º terão um prazo de 60 (sessenta) dias para adotarem as providências administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Resolução.

Art. 6º - O descumprimento da presente Resolução fará com que os Diretores Técnicos sejam enquadrados nos termos do Código de Ética Médica e as empresas respectivas fiquem sujeitas ao cancelamento de seus registros no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, sendo o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e demais autoridades competentes.

Art. 7º - A presente Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de novembro de 1993.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1451/95

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional, e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

RESOLVE:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Artigo 2º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Artigo 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Artigo 5º - O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto;

Artigo 6º - Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população;

Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Paulo-SP, 10 de março de 1995.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.480/97

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;

CONSIDERANDO o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

CONSIDERANDO a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

CONSIDERANDO a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

CONSIDERANDO que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros,

RESOLVE:

Art. 1º - A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2º - Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "termo de declaração de morte encefálica" anexo a esta Resolução.

Parágrafo único - As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3º - A morte encefálica deverá ser conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4º - Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

Art. 5º - Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas
b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas
c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas
d) acima de 2 anos - 6 horas

Art. 6º - Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,

b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,

c) ausência de perfusão sangüínea cerebral.

Art. 7º - Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c";

b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;

c) de 2 meses a 1 ano incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;

d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8º - O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9º - Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº1.346/91.

Brasília-DF, 08 de agosto de 1997.

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL - TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

(Res. CFM n.º 1.480 de 08/08/97)

NOME:_____

PAI:_____

MÃE:_____

IDADE:_____ANOS_____MESES_____DIAS

DATA DE NASCIMENTO____/____/____

SEXO: M F RAÇA: A B N Registro Hospitalar: _____

A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame.

a) Hipotermia ( ) SIM ( ) NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central

( ) SIM ( ) NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes abaixo:

IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico	Resultados	
	1º exame	2º exame
Coma aperceptivo	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO
Pupilas fixas e arreativas	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO
Ausência de reflexo córneo-palpebral	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO
Ausência de reflexos oculocefálicos	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO
Ausência de reflexo de tosse	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO
Apnéia	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante).

1 - PRIMEIRO EXAME

DATA:___/___/___HORA:____:____

NOME DO MÉDICO:_____

CRM:_____FONE:_____

END.:_____

ASSINATURA: _____

2 - SEGUNDO EXAME

DATA:___/___/___HORA:____:____

NOME DO MÉDICO:_____

CRM:_____FONE:_____

END.:_____

ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral 2. Cintilografia Radioisotópica 3. Doppler Transcraniano 4. Monitorização da pressão intracraniana 5. Tomografia computadorizada com xenônio 6. Tomografia por emissão de foton único 7. EEG 8. Tomografia por emissão de posítrons 9. Extração Cerebral de oxigênio 10. outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supra-espinal.

Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos (“reflexos profundos”), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.
2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.
2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.
3 - Teste da apnéia
No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO2 de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:
3.1 - Ventilar o paciente com 02 de 100% por 10 minutos.
3.2 - Desconectar o ventilador.
3.3 - Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.
3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO2 atingir 55 mmHg.
4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sangüínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.
5 - Em pacientes com dois anos ou mais - 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:
5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.
5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.
5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.
6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:
6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.
6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.
6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.
7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.488/98

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que o trabalho é um meio de prover a subsistência e a dignidade humana, não devendo gerar mal-estar, doenças e mortes;

CONSIDERANDO que a saúde, a recuperação e a preservação da capacidade de trabalho são direitos garantidos pela Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o médico é um dos principais responsáveis pela preservação e promoção da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar os critérios para estabelecer o nexo causal entre o exercício da atividade laboral e os agravos da saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a atividade dos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador;

CONSIDERANDO o estabelecido no artigo 1º, inciso IV, artigo 6º e artigo 7º, inciso XXII da Constituição Federal; nos artigos 154 e 168 da Consolidação das Leis do Trabalho, bem como as normas do Código de Ética Médica e a Resolução CREMESP n.º 76/96;

CONSIDERANDO as recomendações emanadas da 12ª Reunião do Comitê Misto OIT/OMS, realizada em 5 de abril de 1995, onde foram discutidos aspectos relacionados com a saúde do trabalhador, medicina e segurança do trabalho;

CONSIDERANDO a nova definição da medicina do trabalho, adotada pelo Comitê Misto OIT/OMS, qual seja: proporcionar a promoção e manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores ;

CONSIDERANDO as deliberações da 49ª Assembléia Geral da OMS, realizada em 25.8.96, onde foram discutidas as estratégias mundiais para a prevenção, controle e diminuição dos riscos e das doenças profissionais, melhorando e fortalecendo os serviços de saúde e segurança ligados aos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, independentemente da especialidade ou do vínculo empregatício - estatal ou privado -, responde pela promoção, prevenção e recuperação da saúde coletiva e individual dos trabalhadores;

CONSIDERANDO que todo médico, ao atender seu paciente, deve avaliar a possibilidade de que a causa de determinada doença, alteração clínica ou laboratorial possa estar relacionada com suas atividades profissionais, investigando-a da forma adequada e, caso necessário, verificando o ambiente de trabalho;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de fevereiro de 1998,

RESOLVE:

Art. 1º - Aos médicos que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, cabe:

I - assistir ao trabalhador, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos;

II - fornecer atestados e pareceres para o afastamento do trabalho sempre que necessário, considerando que o repouso, o acesso a terapias ou o afastamento de determinados agentes agressivos faz parte do tratamento;

III - fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento. Quando requerido pelo paciente, deve o médico pôr à sua disposição tudo o que se refira ao seu atendimento, em especial cópia dos exames e prontuário médico.

Art. 2º - Para o estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

Art. 3° - Aos médicos que trabalham em empresas, independentemente de sua especialidade, e atribuição:

I - atuar visando essencialmente à promoção da saúde e à prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da empresa;

II - avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;

III - dar conhecimento aos empregadores, trabalhadores, comissões de saúde, CIPAS e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser, desde que resguardado o sigilo profissional;

IV - Promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortunístico,

sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita de nexo causal da doença com o trabalho. Deve ser fornecida cópia dessa documentação ao trabalhador;

V - Notificar, formalmente, o órgão público competente quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho.

Art. 4º - São deveres dos médicos de empresa que prestam assistência médica ao trabalhador, independentemente de sua especialidade:

I - atuar junto à empresa para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;

II - promover o acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências para o trabalho, desde que este não as agrave ou ponha em risco sua vida;

III - opor-se a qualquer ato discriminatório impeditivo do acesso ou permanência da gestante no trabalho, preservando-a, e ao feto, de possíveis agravos ou riscos decorrentes de suas funções, tarefas e condições ambientais.

Art. 5º - Os médicos do trabalho (como tais reconhecidos por lei), especialmente aqueles que atuem em empresa como contratados, assessores ou consultores em saúde do trabalhador, serão responsabilizados por atos que concorram para agravos à saúde dessa clientela conjuntamente com os outros médicos que atuem na empresa e que estejam sob sua supervisão nos procedimentos que envolvam a saúde do trabalhador, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde.

Art. 6º - São atribuições e deveres do perito-médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;

III - comunicar, por escrito, o resultado do exame médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do perito médico (CRM, nome e matrícula);

IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária;

Art. 7º - Perito médico-judicial é aquele designado pela autoridade judicial, assistindo-a naquilo que a lei determina.

Art. 8º - Assistente técnico é o médico que assiste às partes em litígio.

Art. 9º - Em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa do próprio assistido.

Art. 10 - São atribuições e deveres do perito médico judicial e assistentes técnicos:

I - examinar clinicamente o trabalhador e solicitar os exames complementares necessários.

II - o perito médico judicial e assistentes técnicos, ao vistoriarem o local de trabalho, devem fazer-se acompanhar, se possível, pelo próprio trabalhador que está sendo objeto da perícia, para melhor conhecimento do seu ambiente de trabalho e função.

III - estabelecer o nexo causal, CONSIDERANDO o exposto no artigo 4° e incisos.

Art. 11 - Deve o perito médico judicial fornecer cópia de todos os documentos disponíveis para que os assistentes técnicos elaborem seus pareceres. Caso o perito médico judicial necessite vistoriar a empresa (locais de trabalho e documentos sob sua guarda), ele deverá informar oficialmente o fato, com a devida antecedência, aos assistentes técnicos das partes (ano, mês, dia e hora da perícia).

Art. 12 - O médico de empresa, o médico responsável por qualquer Programa de Controle de Saúde Ocupacional de Empresas e o médico participante do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho não podem ser peritos judiciais, securitários ou previdenciários, nos casos que envolvam a firma contratante e/ou seus assistidos (atuais ou passados).

Art. 13 - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 11 de fevereiro de 1998.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.490/98

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente;

CONSIDERANDO a responsabilidade do Diretor Técnico de zelar pelo provimento de condições dignas de trabalho e meios indis-

pensáveis à prática médica, conforme item "b" do artigo 2º da Resolução CFM n.º 1.342/91;

CONSIDERANDO que o médico deve acatar as normas e respeitar Acórdãos e Resoluções do Conselho Federal de Medicina, conforme determina o artigo 142 do Código de Ética Médica,

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13 de fevereiro de 1998.

RESOLVE:

Art. 1º - A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados.

Art. 2º - É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato.

Art. 3º - É lícito o concurso de acadêmico de medicina na qualidade de auxiliar e de instrumentador cirúrgico em unidades devidamente credenciadas pelo seu aparelho formador e de profissional de enfermagem regularmente inscrito no Conselho de origem, na condição de instrumentador, podendo esse concurso ser estendido também aos estudantes de enfermagem.

Art. 4º - Deve ser observada a qualificação de um auxiliar médico, pelo cirurgião titular, visando ao eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Art. 5º - O impedimento casual do titular não faz cessar sua responsabilidade pela escolha da equipe cirúrgica.

Art. 6º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 13 de fevereiro de 1998.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.494 /98

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que as organizações de assistência médica, ligadas a universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas eventualmente convidam médicos estrangeiros para que pratiquem demonstrações didáticas, incluindo atos médico-cirúrgicos;

CONSIDERANDO que compete aos Conselhos de Medicina a autorização para o exercício profissional médico no país;

CONSIDERANDO ser dever dos Conselhos de Medicina zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO que o principal objetivo da Medicina é o bem-estar do paciente;

CONSIDERANDO o que prescreve a Resolução CFM n.º 885/78 e,

CONSIDERANDO, ainda, o decidido no dia 19.6.98, em Sessão Plenária deste Conselho,

RESOLVE:

Art. 1º - A autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implica no cumprimento, perante o Conselho Regional de Medicina, das seguintes obrigações:

a) nomeação dos membros da equipe médica convidada;

b) comprovação da regularização da entrada, em território nacional dos membros da equipe convidada;

c) comprovação, com documentos originais de seus países de origem, da habilitação profissional dos médicos convidados;

d) apresentação da programação a ser desenvolvida, com anuência da instituição patrocinadora, contendo:

I - local da execução dos procedimentos;

II - comprovação da capacidade técnica para executá-los;

III - nomeação da equipe médica local assistente, com descrição de cada nível específico de responsabilidade;

IV - critério de seleção de pacientes a serem atendidos, sem discriminação de qualquer espécie;

V - descrição do esquema de atendimento pós-operatório imediato e tardio, incluindo tratamento de complicações e seqüelas;

VI - consentimento esclarecido do paciente ou de seus representantes legais;

VII - parecer favorável da Comissão de Ética Médica da instituição.

Art. 2º - A observância do cumprimento desta Resolução é da responsabilidade do Diretor Técnico da instituição.

Art. 3º - É vedada a cobrança, a qualquer título, de pagamento pelos atos médicos realizados.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 19 de junho de 1998.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.497/98

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que caberá aos Conselhos Regionais de Medicina fiscalizar os atos profissionais do médico designado como perito;

CONSIDERANDO a redação do Parágrafo único do artigo 424 do Código de Processo Civil, o qual determina ao Juiz que comunique à corporação profissional quando o perito deixar de cumprir o encargo no prazo que lhe foi determinado;

CONSIDERANDO a intenção do legislador em delegar aos Conselhos de Fiscalização Profissional poderes para apuração de fatos, através da instauração de Processo Ético-Disciplinar e a respectiva aplicação da pena;

CONSIDERANDO que o médico perito, ao ser nomeado, investe-se automaticamente em função pública, subordinando-se às obrigações e preceitos norteadores da administração pública;

CONSIDERANDO que todos aqueles que desempenham atividades administrativas e públicas, em razão de encargo ou contrato, são denominados Agentes Públicos;

CONSIDERANDO que o desempenho de funções administrativas expõe o Agente Público às responsabilidades penal, civil e administrativa;

CONSIDERANDO, ainda, que a Resolução CFM n.º 672/75 determina aos médicos que se mantenham atentos às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil;

CONSIDERANDO que para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO que o artigo 142 do Código de Ética Médica obriga o médico a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o aprovado em Sessão Plenária de 08 de julho de 1998;

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que o médico nomeado perito execute e cumpra o encargo, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se sempre atento às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil.

Parágrafo único - O médico fará jus aos honorários decorrentes do serviço prestado.

Art. 2º - O médico designado perito pode, todavia, nos temos do artigo 424 do Código de Processo Civil, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo.

Art. 3º - O descumprimento da presente Resolução configura infração ética, sujeita a ação disciplinar pelos respectivos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 08 de julho de 1998.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.499/98

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei n.º 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO o surgimento e a proliferação de práticas pretensamente terapêuticas, à margem do conhecimento científico aceito pela comunidade acadêmica;

CONSIDERANDO que tais práticas, quando inseridas na atividade médica, atentam contra a dignidade profissional;

CONSIDERANDO os riscos à saúde das pessoas submetidas a procedimentos destituídos de embasamento científico;

CONSIDERANDO que os médicos são obrigados ao cumprimento da legislação sanitária do país;

CONSIDERANDO que o art. 124 do CEM veda ao médico "usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências";

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 26.8.98,

RESOLVE:

Art. 1º - Proibir aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica.

Art. 2º - O reconhecimento científico, quando ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país.

Art. 3º - Fica proibida qualquer vinculação de médicos a anúncios referente a tais métodos e práticas.

Brasília-DF, 26 de agosto de 1998.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.500/98

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei n.º 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela saúde e vida do ser humano, sendo-lhe vedado realizar atos não consagrados nos meios acadêmicos ou ainda não aceitos pela comunidade científica;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso em nosso país, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências;

CONSIDERANDO a crescente divulgação, entre a população, de novos métodos terapêuticos baseados no emprego de substâncias visando ao equilíbrio celular e a insuficiente comprovação científica de algumas dessas propostas;

CONSIDERANDO a existência de extensa literatura científica sobre radicais livres, substâncias antioxidantes e nutrição humana;

CONSIDERANDO a dificuldade da transposição de informações originadas de dados de experimentações realizadas em animais ou em sistemas, órgãos, tecidos e células isoladas para a prática clínica diária;

CONSIDERANDO os riscos potenciais de doses inadequadas de produtos terapêuticos tais como algumas vitaminas e certos sais minerais;

CONSIDERANDO a necessidade de definir limites de emprego, indicações e critérios científicos para a aplicação de procedimentos associados à prática ortomolecular;

CONSIDERANDO as contribuições emanadas do CREMESP e de Câmara Técnica composta por membros deste egrégio Conselho Federal, bem como de pesquisadores de várias especialidades científicas;

CONSIDERANDO, ainda, o que preceitua a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, contendo diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, e a Resolução n.º 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos;

CONSIDERANDO o teor das Portarias nºs. 32, 33 e 40/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária, que estabelecem normas para níveis de dosagens diárias de vitaminas e minerais em medicamento e a utilização diária pelo usuário;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26.8.98,

RESOLVE:

Art. 1º - Os termos prática ortomolecular, biomolecular e oxidologia, habitualmente empregados, serão considerados equivalentes referindo-se à área médica que visa atingir o equilíbrio das células e das moléculas do corpo humano por meio de intervenções terapêuticas.

Art. 2º - A prática ortomolecular pressupõe o emprego de técnicas que possam avaliar quais nutrientes (vitaminas, minerais, ácidos graxos ou aminoácidos) possam, eventualmente, estar em falta ou em excesso no organismo humano por alteração de sua produção, absorção ou excreção.

Art. 3º - As técnicas mencionadas para essa avaliação e diagnóstico compreendem anamnese, exame físico e exames laboratoriais complementares, suficientemente sensíveis, reprodutíveis, precisos e de ampla aceitação científica, solicitados dentro de limites usuais razoáveis e estabelecidos.

Art. 4º - A identificação de alguma das deficiências ou excessos mencionadas só poderá ser atribuída a erro nutricional após terem sido investigadas e tratadas as doenças de base concomitantes.

Art. 5º - Medidas higiênicas e dietéticas não podem ser substituídas por nenhum tratamento medicamentoso.

Art. 6º - Os tratamentos da prática Ortomolecular devem obedecer aos seguintes postulados:

I - existência, em literatura médica, de fundamentação bioquímica e fisiológica e/ou de evidências clínico-epidemiológicas que indiquem efeito terapêutico benéfico;

II - existência de dados, em literatura, que sugiram maiores benefícios do que malefícios com os referidos tratamentos, particularmente de eventuais efeitos tóxicos;

III - informações clínico-epidemiológicas sobre eventuais benefícios terapêuticos obtidas de estudos observacionais - tipo caso-controle, coorte ou transversal ou experimentais não-randomizados - poderão ser tomadas como evidência científica apenas e tão somente enquanto não se detenham resultados de ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia e a eficiência terapêutica considerada;

IV - o conjunto de ensaios clínicos randomizados de boa qualidade metodológica será tomado como a fonte de evidência científica e os seus resultados nortearão provisoriamente todos os aspectos biomédicos éticos, morais e profissionais relacionados aos referidos tratamentos;

V - nenhum tipo de matéria jornalística sobre estes tratamentos, mesmo que acompanhada de citações científicas, serve como apoio a tratamentos médicos.

Art. 7º - Os tratamentos propostos pela prática ortomolecular incluem:

I - correção nutricional e de hábitos de vida;

II - reposição medicamentosa das deficiências de nutrientes, de acordo com o art. 2º;

III - emprego terapêutico de vitaminas, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos com finalidades de modular o "estresse oxidativo";

IV - remoção de minerais quando em excesso (ex.: ferro, cádmio) ou minerais tóxicos (ex.: chumbo, mercúrio, alumínio).

Art. 8º - A correção de hábitos nutricionais inadequados compreende a reorientação científica do uso de alimentos quanto a qualidade, quantidade, composição, balanceamento, ritmo, fracionamento e outros fatores da mesma natureza, não compreendendo o uso de suplementos vitamínicos, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos.

Art. 9º - A correção de hábitos de vida inadequados consiste em promover hábitos saudáveis em relação a trabalho, lazer, bem-estar, convívio social e familiar, atividade física, objetivos de vida e a combater hábitos perniciosos tais como o tabagismo, excesso de álcool, a automedicação e uso de drogas que provoquem dependência.

Art. 10 - A reposição medicamentosa de comprovadas deficiências de nutrientes se fará de acordo com os seguintes parâmetros:

I - em princípio, a deficiência deve ser considerada isoladamente para cada nutriente e não em conjunto com outros, exceto para os nutrientes interdependentes (ex: cálcio, magnésio);

II - existência de nexo causal entre a reposição de nutrientes - considerada especificamente - e a prevenção de manifestações clínicas indicativas de doenças ou associadas com redução da qualidade de vida ou ocorrência de morte mais precoce.

Art. 11º - O emprego terapêutico de vitaminas, sais minerais, ácidos graxos ou aminoácidos com a finalidade de modular o "estresse oxidativo" deve obedecer ao seguinte princípio: o valor terapêutico de cada uma das substâncias químicas mencionadas deverá ser avaliado para cada tipo de evento mórbido.

Art. 12º - A remoção de minerais quando em excesso ou de minerais tóxicos se fará de acordo com os seguintes princípios:

I - o excesso de cada mineral ou a presença de mineral tóxico deverá ser considerado isoladamente e não em conjunto com o de outros;

II - existência, na literatura médica, de ampla fundamentação bioquímica e fisiológica sobre o efeito deletério do excesso do mineral considerado ou do mineral tóxico no nível detectado, bem como de dados que comprovem a possibilidade de correção efetiva por meio da remoção proposta;

III - além da melhora dos parâmetros laboratoriais, deverá haver comprovação científica objetiva de utilidade clínica;

IV - o valor terapêutico da remoção de um determinado mineral deverá ser avaliado para cada tipo de distúrbio considerado.

Art. 13º - São métodos destituídos de comprovação científica suficiente quanto ao benefício para o ser humano sadio ou doente e, por essa razão, proibidos de divulgação e uso no exercício da Medicina os procedimentos de prática ortomolecular, diagnósticos ou terapêuticos, que empregam:

I - megadoses de vitaminas;

II - antioxidantes para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças agudas ou em estado crítico;

III - quaisquer terapias ditas antienvelhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;

IV - EDTA para remoção de metais pesados fora do contexto das intoxicações agudas;

V - EDTA como terapia antienvelhecimento, anticâncer, antiarteriosclerose ou voltadas para patologias crônicas degenerativas;

VI - análise de fios de cabelo para caracterizar desequilíbrios bioquímicos;

VII - vitaminas antioxidantes ou EDTA para genericamente "modular o estresse oxidativo".

Art. 14º - O Conselho Federal de Medicina providenciará, dentro de suas atribuições legais, a reavaliação periódica da metodologia científica envolvida, mediante a nomeação de Câmara técnica a ser instalada no prazo de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A reavaliação referida no "caput" deste artigo será baseada em pareceres escritos emitidos por Comissões "ad hoc", constituídas por membros do Conselho Federal de Medicina, por especialistas na área da Pesquisa Clínica, Preventiva, Social, Epidemiológica e por especialistas de outras áreas interessadas no tema.

Art. 15º - Qualquer indicação ou prescrição de medida terapêutica da prática ortomolecular é de exclusiva competência e responsabilidade do médico.

Art. 16º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 26 de agosto de 1998.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.536/98

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente, basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um;

CONSIDERANDO controvérsias ainda existentes na área de atuação de médicos e cirurgiões-dentistas no que diz respeito ao tratamento de doenças que acometem a região crânio-cervical;

CONSIDERANDO ser inquestionável, em face da vigente legislação de sua formação acadêmica, que o cirurgião-dentista não é habilitado nem autorizado à prática da anestesia geral, e nem à emissão de atestado de óbito;

CONSIDERANDO que as cirurgias crânio-cervicais são realizadas por médicos especializados, aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião-dentista;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer normas que visem proporcionar aos profissionais e pacientes um maior grau de segurança e eficácia no tratamento dessas doenças;

CONSIDERANDO os resultados dos estudos a respeito da prática da cirurgia Buco-Maxilo-Facial, realizados pela Câmara Técnica composta por representantes dos Conselhos Federais de Medicina e de Odontologia e das Sociedades Brasileiras de Anestesiologia, Cirurgia Plástica Estética e Reparadora, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial;

CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM nos 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina, em 11 de novembro de 1998;

RESOLVE:

Art. 1° - Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia, visando à adequada segurança do resultado, a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico.

Art. 2º - É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório.

Art. 3° - Os médicos anestesiologistas só poderão atender as solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos a cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução CFM n° 1.363/93.

Parágrafo único - A realização de ato anestésico cirúrgico-ambulatorial deve obedecer aos critérios contidos na Resolução CFM n° 1.409/94.

Art. 4º - Nas situações que envolvam procedimentos em pacientes politraumatizados, é dever do médico plantonista do Pronto-Socorro, após prestado o atendimento inicial, definir qual área especializada terá prioridade na seqüência do tratamento.

Art. 5º - Ocorrendo o óbito do paciente submetido à cirurgia buco-maxilo-facial, realizada exclusivamente por cirurgião-dentista, o atestado de óbito será fornecido pelo serviço de patologia, de verificação de óbito ou pelo Instituto Médico Legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.

Art. 6º - Quando da internação de paciente sob os cuidados do cirurgião-dentista não se aplica o dispositivo da Resolução CFM nº 1.493/98.

Art. 7° - Revoga-se a Resolução CFM n° 852/78.

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de novembro de 1998.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.590/99

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Lei nº 9.656, de 13 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde;

CONSIDERANDO a Medida Provisória nº 1.908-20, de 25 de novembro de 1999, que altera a referida Lei nº 9.656/98;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nº 997, de 23 de maio de 1980, nº 1.214, de 16 de abril de 1985, nº 1.340, de 13 de julho de 1990, nº 1584/99, de 15.10.99 e 1 .588 de 11 de novembro de 1999;

CONSIDERANDO a conceituação de Seguro-Saúde, Planos de Empresas, Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Planos de Autogestão, disposta no Parecer do Setor Jurídico do CFM, nº 001, de 04 de janeiro de 1999;

CONSIDERANDO a relevância da matéria que envolve a inscrição dos planos de assistência à saúde junto aos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o que ficou decidido na Sessão Plenária de 15.12.99,

RESOLVE:

Art. 1º - É obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde;

Parágrafo Único - Entende-se como Conselho Regional de Medicina competente, nos termos do caput deste artigo, o da unidade da federação em que as empresas citadas exerçam suas atividades, independentemente do estado onde esteja situada sua sede ou matriz.

Art. 2º - As empresas referidas no artigo 1º desta Resolução terão obrigatoriamente um Diretor Técnico em cada unidade federativa que responderá eticamente perante o Conselho Regional de Medicina em que atuar

Art. 3º - Serão cobradas das empresas, entidades e instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares, com capital social registrado na Junta Comercial ou Cartório de Registro de Documentos, as taxas determinadas na Resolução 1.584/99.

Art. 4º - Serão cobradas das empresas e/ou instituições mantenedoras de ambulatórios que não tenham capital social registrado na Junta Comercial ou Cartório de Registro de Documentos as taxas mínimas determinadas pela Resolução 1.584/99.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 15 de dezembro de 1999

RESOLUÇÃO CFM nº 1.601/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

Art. 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao Médico:

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

CONSIDERANDO que declaração de óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a declaração de óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte;

CONSIDERANDO que morte não-natural é aquela que sobrevem em decorrência de causas extemas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 9 de agosto de 2.000,

RESOLVE:

Art. 1º - O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito é da responsabilidade do médico que a atestou.

Art. 2º - Os médicos, no preenchimento da declaração de óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte Natural:

I) Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos - S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b) Nas localidades sem S.V.O.

- A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, e na sua ausência, qualquer médico da localidade.

II) Morte com assistência médica:

a) A declaração de óbito deverá ser fornecida sempre que possível pelo médico que vinha prestando assistência.

b) A declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial, deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo S.V.O.

2) Morte Fetal:

- Em caso de morte fetal os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

- A declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único - Na localidade onde existir apenas 01 (um) médico, este é o responsável pelo fomecimento da declaração de óbito.

Art. 3° - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n° 1.290/89.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2.000.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.607/2000

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pelo a Art. 7º, Parágrafo 1º e 2º da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que as anuidades em atraso perante os Conselhos Regionais de Medicina dificultam o seu regular funcionamento e prejudicam a fiscalização ética dos médicos;

CONSIDERANDO que o exercício profissional deve atender aos requisitos dispostos em lei;

CONSIDERANDO que os valores correspondentes às anuidades devidas pelos médicos são considerados contribuições parafiscais, não se admitindo que os responsáveis pelas autarquias de fiscalização profissional deixem de promover a devida cobrança desse débito, inclusive perante o Poder Judiciário;

CONSIDERANDO a autonomia financeira dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o que foi aprovado no Pleno Nacional do II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, em outubro de 2000;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 23.11.00.

RESOLVE:

Art. 1º - Em caso de inadimplência do médico por mais de 01 (um) ano, em relação às anuidades, este terá automaticamente cancelada sua inscrição junto ao CRM, estando proibido de exercer a medicina, sob pena de ser processado por exercício irregular da profissão, sem prejuízo de inscrição de seu débito na Dívida Ativa da União.

Parágrafo único - O cancelamento só poderá ocorrer após 30 (trinta) dias da notificação inequívoca do médico.

Art. 2º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 23 de novembro de 2.000.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.609/2000

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente os seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 2, 29, 38, 42, 44, 124, 127 e 132 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a prática médica brasileira, visando, o bem estar da população e o perfeito desenvolvimento científico da Medicina.

CONSIDERANDO que os procedimentos experimentais médicos devem obedecer à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do dia 13.12.2000.

RESOLVE:

Art. 1º - Os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, para serem reconhecidos como válidos e utilizáveis na prática médica nacional, deverão ser submetidos à aprovação do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo único - A avaliação do procedimento será feita através de Câmaras Técnicas e homologada pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º - O procedimento que tiver o seu reconhecimento negado, será considerado experimental, ficando sua utilização condicionada às normas específicas que regem a matéria e somente poderá

ser reavaliado após dois anos de estudos.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 13 de dezembro de 2.000.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.613/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o artigo 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica, pública ou privada, poderá funcionar em qualquer ponto do território nacional sem ter um diretor técnico habilitado para o exercício da Medicina nos termos do regulamento sanitário federal;

CONSIDERANDO que de acordo com o artigo 15, letra "c" da Lei nº 3.268/57, os Conselhos Regionais de Medicina são incumbidos da fiscalização do exercício da profissão médica;

CONSIDERANDO que o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, deixa claro que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980, dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício das profissões;

CONSIDERANDO que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), atribui aos órgãos de fiscalização do exercício profissional, juntamente com a União, estados, Distrito Federal e municípios, a competência de definir e controlar os padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade;

CONSIDERANDO que há necessidade de regulamentar a fiscalização do exercício da medicina e dos organismos de prestação de serviços médicos;

CONSIDERANDO que todos os serviços para assistência médica devem ser fiscalizados pelos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 7 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que criem Departamentos de Fiscalização da profissão de médico e de serviços médico-assistenciais.

Art. 2º - Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, investidos da prerrogativa de fiscalização do exercício profissional médico, que realizem um trabalho permanente, efetivo e direto junto às

instituições de serviços médicos, públicas ou privadas.

Art. 3º - Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina, para o perfeito exercício da ação fiscalizadora, que tomem medidas, quando necessárias, em conjunto com as autoridades sanitárias locais, Ministério Público, Judiciário, Conselhos de Saúde e conselhos de profissão regulamentada.

Art. 4º - Aprovar as normas e o manual de fiscalização e seus roteiros de vistoria, anexos a esta resolução.

Art. 5º - Revogam-se as resoluções nºs. 565/73, 687/75 e 1.089/82.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de fevereiro de 2.001.

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM nº 1.613/2001
NORMAS PARA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE MÉDICO E DOS SERVIÇOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS

Art. 1º - Os Conselhos Regionais de Medicina organizarão e manterão, nas áreas de suas respectivas jurisdições, atividades de fiscalização do desempenho técnico e ético da Medicina, através do Departamento de Fiscalização, integrado por médicos fiscais e conselheiros ou delegados, com um diretor escolhido pela Diretoria.

Parágrafo único - O impedimento da realização da vistoria por parte do médico responsável pelo estabelecimento, ou médico presente durante a vistoria, caracterizará infração ética.

Art. 2º - Compete ao Departamento de Fiscalização:

a. Fiscalizar o exercício da profissão de médico;

b. Fiscalizar as instituições e estabelecimentos que prestam serviços médico-assistenciais;

c. Fiscalizar a publicidade e anúncios de médicos e de serviços de assistência médica, quaisquer que sejam os meios de divulgação;

d. Manter os registros dos médicos, estabelecimentos médico-assistenciais e dos planos e seguros-saúde devidamente atualizados;

e. Notificar ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional de Medicina, e as autoridades, competentes o exercício ilegal da Medicina;

f. Encaminhar ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho Regional as irregularidades encontradas nas vistorias e não corrigidas dentro dos prazos, para as devidas providências.

Art. 3º - O médico fiscal deverá ser contratado mediante seleção pública.

Art. 4º - O cargo de médico fiscal não poderá ser exercido por conselheiro de Conselhos Regionais ou Federal de Medicina.

Parágrafo 1º - O médico fiscal receberá carteira de identidade

funcional.

Parágrafo 2º - Por ocasião da fiscalização, o médico fiscal deverá apresentar a sua carteira de identidade funcional e o ofício de apresentação emitido pelo Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º - No exercício de suas atividades, os médicos fiscais adotarão as seguintes providências:

Parágrafo 1º - Verificar se os médicos e instituições prestadoras de assistência médica estão devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo 2º - Lavrar o Termo de Fiscalização.

Parágrafo 3º - Lavrar o Relatório da Vistoria, especificando as irregularidades encontradas. Neste relatório constará o Termo de Compromisso, no qual o responsável pelo serviço fiscalizado deverá se comprometer em corrigir as irregularidades, conforme especificado no item "VI", letra "e", do manual de fiscalização.

Art. 6º - O Termo de Fiscalização será lavrado em duas (2) vias, datadas e assinadas pelo médico fiscal, pelo responsável médico do estabelecimento ou pelo médico presente na vistoria, sendo a primeira via encaminhada ao diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização; e a segunda, ao responsável presente durante a vistoria. Se houver recusa do responsável em assinar o Termo de Fiscalização, o mesmo será assinado por duas testemunhas e o fato constará do Relatório de Vistoria.

Art. 6º - O Relatório de Vistoria será lavrado pelo médico fiscal e enviado ao conselheiro diretor do Departamento e/ou presidente do Conselho Regional de Medicinal, para as devidas providências.

Art. 7º - O médico fiscal deverá participar de reunião de Diretoria ou Plenária, quando convocado.

Art. 8º - O diretor do Departamento de Fiscalização, ao encaminhar denúncia ao presidente e/ou diretor secretário do Conselho, deverá juntar cópia do respectivos processos de fiscalização e, sempre que possível, instruí-lo com os antecedentes do profissional, do estabelecimento ou da organização denunciados, constantes no arquivo do órgão.

Art. 9º - A regularização da situação do interessado determinará o arquivamento do processo de fiscalização, por despacho do presidente e/ou diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização.

Art. 10 - A não-regularização da situação do interessado determinará a continuidade do processo de fiscalização, por despacho do presidente e/ou diretor conselheiro do Departamento de Fiscalização.

Art. 11 - Os documentos do processo de fiscalização serão registrados e arquivados no Departamento de Fiscalização.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em

seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou de seu representante legal e/ou seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único - É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 - Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 - É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como

aspectos pecuniários.

Art. 13 - O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 - Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.

Art. 16 - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 8 de fevereiro de 2001

Alteração da Resolução CFM nº 1.614/2001, publicada no Diário Oficial da União de 10/04/2001

Na Resolução CFM nº 1.614, de 08 de fevereiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União de 09.03.2001, Seção I, página 16 - No artigo 1º - onde se lê: regularmente inscrito - leia-se: regularizado. No artigo 7º acrescenta-se o Parágrafo 1º - *"Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria."* - onde se lê: Parágrafo 1º - leia-se – Parágrafo 2º, onde se lê: Parágrafo 2º - leia-se: Parágrafo 3º.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.615/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 806, de 29 de julho de 1977;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei n.º 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em Conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 daquele diploma legal, que prevê a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada dos estrangeiros que venham ao país tão somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei n.º 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM n.º 16, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior à luz da legislação brasileira vigente;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM n.º

1.586, de 10 de novembro de 1999, que exige o comprovante de proficiência na língua portuguesa, expedido pela universidade que revalidou o diploma estrangeiro;

CONSIDERANDO a definição legal da Residência em Medicina, constituindo modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme o artigo 1º da Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO que este treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei n.º 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM n.º 26/2000, aprovado na Sessão Plenária de 3 de outubro de 2000, que analisa as condições para o exercício profissional do médico estrangeiro com visto temporário no país, bem como a impossibilidade de cursar a Residência Médica em instituições nacionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 7 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico estrangeiro e o médico brasileiro com diploma obtido em faculdade estrangeira terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução.

Art. 2º - Os diplomas de graduação expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos, para registro dos médicos nos Conselhos de Medicina, quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.

Parágrafo único - O médico estrangeiro, para obter o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, deve comprovar a proficiência na língua portuguesa, nos termos da Resolução CFM nº 1.586/99.

Art. 3º - O médico estrangeiro, com visto permanente no Brasil, pode registrar-se nos Conselhos de Medicina e usufruir dos mesmos direitos dos médicos brasileiros quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, sobretudo ser eleito ou eleger membros nos respectivos Conselhos, observado o disposto no artigo 2º desta resolução.

Art. 4º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário no País, não pode se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina e está impedido de exercer a profissão, salvo a exceção prevista no inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro.

Parágrafo 1º - O médico estrangeiro, portador de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro (inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), está obrigado a inscrever-se nos Conselhos de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais enquanto perdurar o visto,

observado o disposto no artigo 2º desta resolução;

Parágrafo 2º - Na hipótese prevista no parágrafo anterior, é necessária a apresentação do contrato de trabalho ou documento específico que comprove estar o médico estrangeiro a serviço do governo brasileiro, que deu origem ao visto temporário, junto com os demais documentos exigidos para inscrição no respectivo Conselho.

Art. 5º - Os Conselhos Regionais de Medicina devem tomar ciência da presença de médico estrangeiro, detentor de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro) para realizar cursos de pós-graduação na área médica em nível de especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado, sem praticar atos médicos no País.

Parágrafo único - A notificação a que se refere o caput deste artigo deverá ser feita aos Conselhos Regionais de Medicina através de comunicação formal e obrigatória do diretor técnico, ou preceptor ou médico investido em função semelhante, na instituição que esteja realizando os referidos cursos.

Art. 6º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro) que tiver concluído o curso de Medicina em faculdade brasileira, somente poderá inscrever-se nos Conselhos de Medicina e exercer legalmente a profissão se obter o visto permanente, além da comprovação de proficiência na língua portuguesa.

Art. 7º - Em nenhuma hipótese pode o médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, cursar Residência Médica no Brasil.

Art. 8º - Os editais para a seleção de candidatos, promulgados pelas instituições mantenedoras de programas de Residência Médica, devem observar o disposto nesta resolução.

Art. 9º - Fica revogado o Parecer CFM nº 3/86 e demais disposições em contrário.

Art. 10 - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de fevereiro de 2001

RESOLUÇÃO CFM nº 1.616/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO ser obrigação dos Conselhos de Medicina fiscalizar as condições do exercício profissional de médico e os padrões de serviços médicos e hospitalares em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu artigo 8º, inciso I, determina que as Operadoras de Planos de Saúde, para terem habilitação legal de funcionamento, devem obrigatoriamente registrar-se nos Conselhos de Medicina, em cumprimento ao disposto no artigo 1º da Lei n.º 6.839, de 30 de setembro de 1980,

ficando conseqüentemente sob a fiscalização ética e técnica dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO que toda empresa de serviços médicos, inclusive as Operadoras de Planos de Saúde, quando do registro nos Conselhos de Medicina torna-se obrigada a possuir diretor ou responsável técnico, bem como apresentar Regimento Interno e Regulamento do Corpo Clínico;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, em seu artigo 18, dispõe que a aceitação de qualquer profissional de saúde como prestador de serviços, na condição de referenciado, credenciado ou associado de Operadoras de Planos de Saúde, implica em obrigações com os pacientes;

CONSIDERANDO a crescente ocorrência de rescisão unilateral de contratos de credenciamentos de médicos sem que os pacientes sejam previamente informados, prejudicando assim seus tratamentos, com risco potencial de vida decorrente da interrupção súbita do atendimento médico, o que caracteriza flagrante desrespeito aos direitos individuais do cidadão;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 07 de abril de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora.

Art. 2º - O desligamento voluntário do médico referenciado, credenciado ou associado obriga-o a comunicar sua decisão, com antecedência mínima de 60 dias, à Operadora de Plano de Saúde a qual está vinculado; e a disponibilizar aos seus pacientes os dados clínicos em seu poder, a fim de garantir-lhes a continuidade do tratamento médico.

Art. 3º - A decisão de desligamento deverá ser homologada pelo Conselho Regional de Medicina, num prazo de 30 dias.

Art. 4º - As Operadoras de Planos de Saúde devem obrigatoriamente comunicar os desligamentos de médicos aos seus usuários.

Art. 5º - O diretor técnico da operadora é o responsável pelo cumprimento desta norma.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário .

Brasília-DF, 07 de abril de 2001

RESOLUÇÃO CFM nº 1.619/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o artigo 15 letra "b", e o artigo 17 da Lei nº

3.268/57 e os artigos 1º e 2º do Decreto nº 44.045 de 19 de julho de 1.958;

CONSIDERANDO o contido nos artigos 1º e 2º, parágrafo único do artigo 5º e parágrafo 1º do artigo 6º da Lei nº 6.681/79;

CONSIDERANDO a necessidade de os Conselhos terem permanente conhecimento da situação dos médicos em sua jurisdição;

CONSIDERANDO que o médico militar ao exercer cumulativamente a medicina como médico civil deve inscrever-se nos Conselhos como médico civil;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de maio de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos médicos que exercem suas atividades como militar que até o dia 28 de fevereiro de cada ano apresentem, aos Conselhos aos quais estão jurisdicionados, prova de sua condição de médico militar exclusivo.

Art. 2º - O documento hábil para esta comprovação será a certidão emitida pelo comandante ou chefe imediato da unidade onde o médico exerça suas funções.

Art. 3º - A não apresentação dessa certidão em tempo hábil, ensejará a transformação imediata da inscrição de médico militar exclusivo para médico civil.

Brasília-DF, 16 de maio de 2001.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.620/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo 3º, do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268, de 30.09.57, aprovado pelo Decreto nº 44045, de 19.07.58;

CONSIDERANDO que a relação médico-paciente deve ser cultivada de forma ampla, tendo o paciente o direito de receber todos os esclarecimentos a respeito de seu diagnóstico, da maneira mais pormenorizada possível;

CONSIDERANDO que sem uma comunicação clara e precisa, a melhor prática do serviço médico é posta em risco;

CONSIDERANDO a normatização, efetuada pelo Ministério da Educação e Cultura para a obtenção do Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS.), de acordo com as Portarias nºs. 1787 de 26.12.94, 643 de 01.07.98 e 693 de 09.07.98.

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de maio de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º - O requerimento de inscrição do médico estrangeiro

deverá conter, além de toda a documentação prevista no artigo 2º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 44045/58, o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS), expedido por instituição oficial de ensino.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação;

Art. 3º - Revoga-se a Resolução CFM nº 1.586/99.

Brasília-DF, 16 de maio de 2001.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.621/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Cirurgia Plástica é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Médica Brasileira, sem incorrer em subdivisões topográficas, diagnósticas ou de finalidade;

CONSIDERANDO que a prática da Cirurgia Plástica requer um conjunto de pré-requisitos e conhecimentos técnicos e científicos adquiridos na graduação e/ou pós-graduação (residência e/ou especialização);

CONSIDERANDO que o médico para exercer regularmente a cirurgia plástica deve ter o título de especialista respectivo, obtido através de residência médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica ou mediante concurso promovido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica;

CONSIDERANDO que a Cirurgia Plástica visa tratar doenças e deformidades anatômicas, congênitas, adquiridas, traumáticas, degenerativas e oncológicas, bem como de suas conseqüências, objetivando beneficiar os pacientes visando seu equilíbrio biopsicosocial e conseqüente melhoria sobre a sua qualidade de vida;

CONSIDERANDO que a diversidade de resposta biológica é inerente às características individuais e genéricas;

CONSIDERANDO que é dever do médico a rigorosa observação do contido no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a necessidade de informar a Sociedade Civil e esclarecer dúvidas quanto à função da Cirurgia Plástica como especialidade médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 16 de maio de 2001.

RESOLVE:

Art. 1º - A Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente.

Art. 2º - O tratamento pela Cirurgia Plástica constitui ato médico cuja finalidade é trazer benefício à saúde do paciente, seja física, psicológica ou social.

Art. 3º - Na Cirurgia Plástica, como em qualquer especialidade

médica, não se pode prometer resultados ou garantir o sucesso do tratamento, devendo o médico informar ao paciente, de forma clara, os benefícios e riscos do procedimento.

Art. 4º - O objetivo do ato médico na Cirurgia Plástica como em toda a prática médica constitui obrigação de meio e não de fim ou resultado;

Art. 5º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 16 de maio de 2001.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.622/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o art. 2º da Lei nº 3.268 - "O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente".

CONSIDERANDO os artigos 123, 124, 126 e 127, dispostos no Capítulo XII do Código de Ética Médica, referente à pesquisa médica, nos quais "É vedado ao médico:

O Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e conseqüências da pesquisa;

Parágrafo único - Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu representante legal.

O Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

O Art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

O Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

CONSIDERANDO os estudos realizados em conjunto pelo Conselho Federal de Medicina e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, por meio de sua Comissão Científica;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 15/2001;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 16 de maio de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - Considerar como procedimento terapêutico, ou seja, procedimento corretivo funcional, da prática médico-oftalmológica usual:

– O tratamento com fotoablação corneana por "Excimer Laser" para miopia, astigmatismo e opacidades corneanas;

II - O tratamento com fotoablação corneana por "Excimer Laser" para hipermetropia de até 6 dioptrias de equivalente esférico, em pacientes com mais de 18 anos de idade;

Art. 2º - Manter como experimentais:

I - Halo implantes com finalidade refrativa;

II - Implantes intracorneanos e esclerais;

III - Epiceratofacia;

IV - Implante de lente intra-ocular em olhos fácicos, com finalidade refrativa;

V - Extração de cristalino transparente com finalidade refrativa;

VI - Cirurgia para correção de presbiopia;

Art. 3º - Tornar sem efeito a Resolução CFM nº 1.459/95 de 06 de dezembro de 1995.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.623/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde;

CONSIDERANDO ser vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento;

CONSIDERANDO ser vedado ao médico participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos;

CONSIDERANDO ser vedado ao médico obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe;

CONSIDERANDO que a perda traumática, a ausência con-

gênita de tecidos e situações clínicas de difícil resolução, como por exemplo as queimaduras extensas, permanecem como um desafio terapêutico, independentemente das alternativas disponíveis, influenciando a morbidade e mortalidade;

CONSIDERANDO que o cultivo de células in vitro representa uma alternativa terapêutica;

CONSIDERANDO a existência de normas legais vigentes no país relativas à doação e transplante de órgãos e tecidos;

CONSIDERANDO que o transplante de tecidos ou células para finalidades terapêuticas é um ato médico;

CONSIDERANDO que no País se inicia a normatização referente a Bancos de Tecidos e Células;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de julho de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O funcionamento dos serviços onde são desenvolvidos a captação, processamento, armazenamento, distribuição e efetivação de transplante de tecidos e células para fim terapêutico deve estar condicionado à aprovação da Comissão de Ética Médica da instituição a que estão vinculados.

Captação de tecidos e células para cultivo:

Art. 2º - A captação de tecidos e células para cultivo para uso alógeno e autógeno deve obedecer a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, alterada pela MP nº 1718, de 6 de outubro de 1998, regulamentada pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1998, e disciplinada pelas Portarias GM/MS nº 3.407, de 5 de agosto de 1998, e 904, de 16 de agosto de 2000.

Processamento:

Art. 3º - O processamento deve obedecer a protocolos preestabelecidos, devidamente registrados e embasados na experiência científica nacional e internacional.

Art. 4º - As características da função celular e a qualidade biológica dos tecidos e células cultivados devem ser comprovadas e documentadas previamente à utilização terapêutica.

Art. 5º - O cultivo das células e tecidos deve ser conduzido em instalações e em condições técnicas apropriadas, segundo normas que permitam a produção de materiais compatíveis e seguros para seu uso como transplantes ou implantes.

Parágrafo único - Cabe à autoridade sanitária nacional estabelecer e supervisionar o cumprimento das normas acima citadas.

Armazenamento:

Art. 6º - Os tecidos e células cultivados devem ser armazenados em condições que permitam:

I - a rigorosa identificação do doador;

II - o fácil acesso ao tecido/células quando do momento de seu uso;

III - a manutenção das qualidades biológicas e funcionais du-

rante o período considerado válido para armazenamento;

IV - a existência de sistemas de controle relativos a contaminações bacterianas, virais e fúngicas durante o período de armazenamento.

Disponibilização:

Art. 7º - Os tecidos ou células cultivados devem ser disponibilizados de maneira a:

I - assegurar a manutenção de sua qualidade desde o momento da retirada do estoque até sua utilização clínica;

II - assegurar a identificação da origem e o histórico de processamento de todos os tecidos e células disponibilizados para transplante e/ou transplantados;

III - tornar compulsório o registro dos resultados ou efeitos colaterais indesejáveis;

IV - permitir o recolhimento e a eliminação de material considerado inadequado para transplante;

V - assegurar que quando não utilizados em transplantes no respectivo doador, sejam desprezados ou possam ser utilizados em projetos científicos aprovados por Comissões de Ética e Pesquisa, desde que autorizado pelo doador;

VI - permitir seu transplante a outro receptor que não o doador, desde que autorizado pelo mesmo.

Transplante:

Art. 8º - O transplante de tecidos e células cultivados deve:

I - ser realizado por equipe médica tecnicamente capacitada;

II - implicar na obrigatoriedade do registro, em prontuário médico do receptor, da origem dos tecidos e células transplantados e os dados do procedimento realizado;

III - tornar obrigatória a existência do registro dos dados do doador e receptor nos arquivos do fornecedor do produto.

Art. 9º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de julho de 2001

RESOLUÇÃO CFM nº 1.624/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a premência de agilizar os julgamentos de protocolos do Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de implantar mecanismos de coordenação das atividades judicantes do Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO a disponibilidade de conselheiros em Sessão de Julgamento;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária

do Conselho Federal de Medicina realizada em 11 de julho de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar que, em caráter excepcional e a critério do conselheiro corregedor, poder-se-á constituir uma Câmara especial, composta por no mínimo 5 (cinco) membros das demais Câmaras deste Conselho, a fim de julgar os recursos em sindicância que estiverem devidamente relatados.

Parágrafo único - É obrigatória a presença, na Sessão, do relator do recurso em sindicância.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de julho de 2001.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.627/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei n.º 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias profissionais nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO que quando do início da vigência da Lei n.º 3.268/57 existiam praticamente só cinco profissões que compartilhavam o campo e o mercado dos serviços de saúde, quais sejam, a Medicina, a Veterinária, a Odontologia, a Farmácia e a Enfermagem, e que os limites entre essas carreiras profissionais estavam ajustados milenarmente em quase todos os casos;

CONSIDERANDO que agora, diferentemente, a área da saúde e da doença está pletorada de agentes profissionais sem que haja clara definição dos limites dos seus campos de trabalho;

CONSIDERANDO que cada uma dessas novas profissões foi instituída como se fosse uma atividade isolada, sem muita preocupação com as atividades que lhe eram limítrofes e sem estipulação precisa de quais seriam suas atividades privativas, de quais seriam as que compartilhariam com outras profissões e quais seriam essas categorias ocupacionais;

CONSIDERANDO a necessidade de haver uma melhor defi-

nição das atividades profissionais típicas e privativas de cada categoria profissional, dos limites de cada uma, das relações entre as atividades limítrofes e das relações de cada uma delas com a Medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras;

CONSIDERANDO que se deve atentar para a unidade da Medicina, que não pode ser pulverizada, sem grave prejuízo para o interesse social;

CONSIDERANDO os conceitos essenciais da Medicina Preventiva, quais sejam, o de prevenção primária (profilaxia da ocorrência da enfermidade), prevenção secundária (prevenção da evolução da enfermidade) e prevenção terciária (prevenção da invalidez determinada por uma enfermidade);

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas à definição e alcance do ato médico;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária de 23 de outubro de 2001, realizada em Manaus, com supedâneo na Exposição de Motivos anexa;

CONSIDERANDO a Exposição de Motivos anexa a esta resolução,

RESOLVE:

Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I - a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);

II - a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III - a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§ 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Artigo 2º - O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

Artigo 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.

Artigo 4º - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de

definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Manaus-AM, 23 de outubro de 2001.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.630/2001

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 806, de 29 de julho de 1977;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei n.º 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em Conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 daquele diploma legal, que prevê a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada dos estrangeiros que venham ao país tão-somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei n.º 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM/SJ nº 16/1997, da Assessoria Jurídica deste Conselho Federal de Medicina, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior à luz da legislação brasileira vigente;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM nº 1.586, de 10 de novembro de 1999, que exige o comprovante de proficiência na língua portuguesa, expedido pela universidade que revalidou o diploma estrangeiro;

CONSIDERANDO a definição legal da Residência em Medicina, constituindo modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme o artigo 1º da Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO que este treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei n.º 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor da Nota Técnica AJ n.º 238/2001,

aprovado na Reunião de Diretoria de 11 de outubro de 2001, que analisa as condições para a realização de residência médica do estrangeiro com visto temporário no país, o qual tenha cursado Medicina em instituição de Ensino Pátrio reconhecida pelo Ministério da Educação ou esteja realizando residência com possibilidade de pós-opção ou continuidade do terceiro ano optativo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 23 de novembro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O artigo 7º da Resolução CFM nº 1.615/2001 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, poderá cursar Residência Médica no Brasil tão-somente se concluir o curso de Medicina em instituição brasileira de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação ou já esteja realizando residência médica no Brasil com possibilidade de pós-opção ou continuidade em terceiro ano optativo.

Parágrafo único - Os pedidos de inscrição para realização de residência na segunda situação acima referida serão concedidos somente até o ano de 2002, quando não será mais aceita realização de residência médica com médico estrangeiro detentor de visto temporário, de qualquer modalidade."

Art. 2º - Fica derrogado o artigo 7º da Resolução CFM nº 1.615/2001 e demais disposições em contrário.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1634/2002

Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, e a Comissão Nacional de Residência Médica, organismos voltados para o aperfeiçoamento técnico e desempenho ético dos que se dedicam à medicina no Brasil, decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de es-

pecialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que as entidades referidas, por visarem ao mesmo objetivo, vêm trabalhando em conjunto na forma de Comissão Mista de Especialidades para uniformizar a denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil;

CONSIDERANDO que conhecimentos e práticas médicas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos;

CONSIDERANDO que as especialidades sujeitam-se aos processos dinâmicos da medicina, não podendo, por isso, ser permanentes nem imutáveis, podendo, dependendo das circunstâncias e necessidades, sofrer mudanças de nomes, fusões ou extinções;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Comissão Mista de Especialidades e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 11.04.2002;

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades - CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação constante do anexo II do presente instrumento.

continua...

Art. 2º - Outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades.

Art. 3º - Fica vedado ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades.

Art. 4º - O médico só pode declarar vinculação com especialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 5º - Fica vedado, por qualquer motivo, o registro e reconhecimento das especialidades não constantes do anexo II do convênio.

Parágrafo único - Excetua-se do caput deste artigo a documentação de pedido de avaliação para efeito de registro de especialidade que tiver sido protocolada nos Conselhos Regionais de Medicina até a data de publicação desta resolução.

Art. 6º - Revogam-se todas as resoluções existentes que tratam de especialidades médicas, em especial as Resoluções CFM nº 1.286/89, 1.288/89, 1.441/94, 1.455/95, respeitados os direitos individuais adquiridos.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília - DF, 11 de abril de 2002.

CONVÊNIO AMB/CFM

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, A ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - AMB E A COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA-CNRM/MEC, PARA ESTABELECER CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO E DENOMINAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO NA MEDICINA, E FORMA DE CONCESSÃO E REGISTRO DE TÍTULOS.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM, entidade de fiscalização profissional, instituída pela Lei nº 3.268/57, e regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SGAS 915 Sul, LOTE 72 – Brasília – DF, CGC n.º 33.583.550/0001-30, representado por seu Presidente EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, brasileiro, casado, médico, portador da Carteira de Identidade n.º 208.063/SSP/AM, CPF n.º 038.566.822-87, a ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA -AMB, inscrita no CGC sob o nº 61.413.605/0001-07, com sede na Rua São Carlos do Pinhal, nº 324, Bela Vista, CEP 01333-903 – São Paulo – SP, Tel (11) 3266-6800, neste ato representada por seu Presidente ELEUSES VIEIRA DE PAIVA , CRM – SP nº 35.135-0, com endereço sito na Av. Jandira, nº 185 – Aptº. 124, Moema, Condomínio Phesutton House, CEP 04080-000, São Paulo - SP, e a COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – SESu/MEC - CNRM, com endereço no Ministério da Educação, Edifício Sede, Sala 327 – Esplanada dos Ministérios – Brasília – DF., órgão subordinado ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura, neste ato representada pelo seu Presidente FRANCISCO CÉSAR DE SÁ BARRETO, brasileiro, casado, físico, inscrito no CI nº 527118 – SSP/MG e no CPF sob o nº 088.720.326/04, resolvem firmar o presente Convênio, nos termos das Cláusulas abaixo: DO OBJETO CLÁUSULA PRIMEIRA Este convênio tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenentes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes:

CNRM - credenciar e autorizar o funcionamento dos programas de residência médica;

AMB - orientar e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados; e

CFM – registrar os títulos e certificados.

DA EXECUÇÃO

CLÁUSULA SEGUNDA Para a execução deste convênio, fica criada a COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES - CME, composta por dois representantes de cada entidade convenente, que reunir-se-á, no

mínimo, duas vezes por ano, podendo ser criadas subcomissões para auxiliar os trabalhos. Parágrafo único - O regulamento da Comissão Mista de Especialidades - CME será elaborado e aprovado em ato próprio após sua efetiva implantação, ouvidas as entidades convenentes.

DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

CLÁUSULA TERCEIRA - A Comissão Mista de Especialidades-CME definirá os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais.

CLÁUSULA QUARTA As especialidades e áreas de atuação médica reconhecidas pelas entidades convenentes terão denominação uniforme e serão obtidas por órgãos formadores acreditados na forma deste CONVÊNIO.

CLÁUSULA QUINTA São órgãos formadores acreditados:

a) as residências médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM;

b) as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados.

CLÁUSULA SEXTA Somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB.

CLÁUSULA SÉTIMA A concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao Art. 6º da Lei 6.932/81, que regulamenta a residência médica.

CLÁUSULA OITAVA Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios:

a) Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela Comissão Mista de Especialidades – CME;

b) O concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

CLÁUSULA NONA Os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação deverão ser conhecidos e aprovados previamente pela Associação Médica Brasileira - AMB para que produzam os resultados deste convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA As Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de título de especialista e certificado de área de atuação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA Não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, de Sociedade de Especialidade ou de qualquer outra, para a obtenção e registro de título de especialista ou cer-

tificado de área de atuação.

DA VIGÊNCIA CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA Este convênio vigorará por prazo indeterminado, fluindo a partir da assinatura das partes.

DA ALTERAÇÃO CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA O convênio poderá ser alterado no todo ou em parte através de termos aditivos e de comum acordo entre as partes.

DA RESCISÃO CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA Este CONVÊNIO poderá ser rescindido:

a) por livre manifestação das partes convenentes, com antecedência mínima de 01 (um) ano, ou

b) por inadimplência das obrigações do Convênio por qualquer um dos convenentes, no todo ou em parte.

DO FORO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA Fica eleito o foro da Justiça Federal de Brasília-DF para dirimir as controvérsias deste CONVÊNIO. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA Na data da assinatura deste CONVÊNIO, as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação reconhecidas pelos convenentes são as constantes no anexo II deste documento.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES

ANEXO I

Introdução - A abordagem do tema Especialidades Médicas vem sendo amplamente feita nos últimos anos, pelas várias Entidades Nacionais relacionadas ao assunto, quer seja de maneira isolada ou em associação. Isto certamente se deve a importância do assunto, seja relacionada ao tema, à repercussão do mesmo e seus desdobramentos no mercado de trabalho. Com as grandes transformações sofridas na formação e no exercício profissional, a obtenção do título de Especialista tem se tornado requisito importante, motivo pelo qual o médico tem mostrado interesse e pelo qual todas as Sociedades de Especialidade e as Entidades relacionadas têm-se mobilizado para acompanhar, participar e avaliar os diversos tipos de formação de especialistas. Some-se a isso o fato de que fatores novos, como, por exemplo, o início do Mercosul, tem influenciado a rediscussão e atualização deste tema, pelo envolvimento que os diferentes países têm na sua atuação. Desta forma, mais uma vez, as entidades médicas do nosso meio se envolvem na tentativa de discutir e reatualizar o tema.

Desde o início deste atual processo de discussão ficou claro que as três entidades participantes procurariam uniformizar os critérios para reconhecimento, denominação, modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de atuação da área médica. Este documento é uma atualização dos que já foram propostos anteriormente, procurando considerar o que já foi previamente elaborado e atualizando o tema, em função das suas necessidades atuais. Definição Especialidade: Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade. Área de atuação: Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades. Reconhecimento de Especialidades Reconhece-se como Especialidades Médicas àquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados:

- Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;
- Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
- Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área especifica;
- Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;
- Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes;

Não se admite como critério para reconhecimento de Especialidades:

- Número de Médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
- Área que já esteja contida em uma especialidade existente;
- Processo que seja apenas o meio diagnóstico e ou terapêutico;
- Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;
- Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
- Função ou atividade essencialmente vinculadas ao conhecimento da legislação específica;
- Disciplina acadêmica correspondente.

A seguir estão relacionadas as especialidades médicas e as áreas de atuação.

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A CNRM E A AMB

A N E X O II

RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO

1- ACUPUNTURA
Área de Atuação Sem área de atuação

2 - ALERGIA E IMUNOLOGIA
Área de Atuação Alergia e Imunologia Pediátrica

3 - ANESTESIOLOGIA
Área de Atuação Dor

4 - ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
Área de Atuação Sem área de atuação

5 - CANCEROLOGIA
Área de Atuação Cirurgia Oncológica
Oncologia Pediátrica
Oncologia Clínica

6 - CARDIOLOGIA
Área de Atuação Cardiologia Pediátrica
Ecocardiografia
Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

7 - CIRURGIA CARDIOVASCULAR
Área de Atuação Sem área de atuação

8 - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
Área de Atuação Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

9 - CIRURGIA GERAL
Área de Atuação Cirurgia do Trauma
Cirurgia Oncológica
Cirurgia Videolaparoscópica

10 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
Área de Atuação Cirurgia Videolaparoscópica
Endoscopia Digestiva

11 - CIRURGIA PEDIÁTRICA
Área de Atuação Sem área de atuação

12 - CIRURGIA PLÁSTICA
Área de Atuação Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Cirurgia da Mão
Tratamento de Queimados

13 - CIRURGIA TORÁCICA
Área de Atuação Endoscopia Respiratória

14 - CLÍNICA MÉDICA
Área de Atuação Sem área de atuação

15 - COLOPROCTOLOGIA
Área de Atuação Cirurgia Videolaparoscópica
Colonoscopia

16 - DERMATOLOGIA
Área de Atuação Cirurgia Dermatológica
Cosmiatria
Hanseníase

17 - ENDOCRINOLOGIA
Área de Atuação Endocrinologia Pediátrica

18 - GASTROENTEROLOGIA
Área de Atuação Endoscopia Digestiva
Gastroenterologia Pediátrica
Hepatologia

19 - GENÉTICA MÉDICA
Área de Atuação Sem área de atuação

20 - GERIATRIA
Área de Atuação Sem área de atuação

21 - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Área de Atuação Medicina Fetal
Reprodução Humana
Sexologia
Ultra-sonografia em ginecologia e obstetrícia

22 - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
Área de Atuação Sem área de atuação

23 - HOMEOPATIA
Área de Atuação Sem área de atuação

24 - INFECTOLOGIA
Área de Atuação Infectologia Hospitalar
Infectologia Pediátrica

25 - MASTOLOGIA

Área de Atuação Sem área de atuação

26 - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
Área de Atuação Sem área de atuação

27 - MEDICINA DO TRABALHO
Área de Atuação Sem área de atuação

28 - MEDICINA DO TRÁFEGO
Área de Atuação Sem área de atuação

29 - MEDICINA ESPORTIVA
Área de Atuação Sem área de atuação

30 - MEDICINA INTENSIVA
Área de atuação Medicina Intensiva Neonatal
Medicina Intensiva Pediátrica

31 - MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
Área de Atuação Neurofisiologia Clínica
32 - MEDICINA LEGAL
Área de Atuação Sem área de atuação

33 - MEDICINA NUCLEAR
Área de Atuação Sem área de atuação
34 - MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
Área de Atuação Administração em Saúde
Administração Hospitalar
Epidemiologia
Medicina Sanitária

35 - NEFROLOGIA
Área de Atuação Nefrologia Pediátrica

36 - NEUROCIRURGIA
Área de Atuação Cirurgia de coluna

37 - NEUROLOGIA
Área de Atuação Dor
Neurofisiologia Clínica
Neurologia Pediátrica

38 - NUTROLOGIA
Área de Atuação Nutrição Parenteral e Enteral
Nutrologia Pediátrica
39 - OFTALMOLOGIA

Área de Atuação Sem área de atuação

40 - ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Área de Atuação Cirurgia da Coluna
Cirurgia da Mão
Cirurgia do Joelho
Cirurgia do Ombro
Cirurgia do Pé
Cirurgia do Quadril
Ortopedia Pediátrica

41 - OTORRINOLARINGOLOGIA
Área de Atuação Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Endoscopia respiratória
Foniatria

42 - PATOLOGIA
Área de Atuação Citopatologia
Histopatologia
43 - PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
Área de Atuação Sem área de atuação

44 - PEDIATRIA
Área de Atuação Alergia e Imunologia Pediátrica
Cardiologia Pediátrica
Endocrinologia Pediátrica
Gastroenterologia Pediátrica
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica
Infectologia Pediátrica
Medicina do Adolescente
Medicina Intensiva Neonatal
Medicina Intensiva Pediátrica
Nefrologia Pediátrica
Neonatologia
Neurologia Pediátrica
Nutrologia Pediátrica
Oncologia Pediátrica
Pediatria Preventiva e Social
Pneumologia Pediátrica
Reumatologia Pediátrica

45 - PNEUMOLOGIA
Área de Atuação Endoscopia Respiratória
Pneumologia Pediátrica

46 - PSIQUIATRIA

Área de Atuação Psicogeriatria
Psicoterapia
Psiquiatria da Infância e da Adolescência
Psiquiatria Forense

47 - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Área de Atuação Densitometria Óssea
Neuro radiologia
Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia
Ressonância Magnética
Ultra-sonografia

48 - RADIOTERAPIA
Área de Atuação Sem área de atuação

49 - REUMATOLOGIA
Área de Atuação Reumatologia Pediátrica

50 - UROLOGIA
Área de Atuação Andrologia
Sexologia

OBS: Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1635/2002

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e fiscalização do exercício da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo de toda atenção do médico é o ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

CONSIDERANDO que o médico deve empenhar-se para melhorar os padrões dos serviços médicos, assumindo sua parcela de responsabilidade em relação aos serviços médicos prestados à sociedade;

CONSIDERANDO que a perícia médico-legal é um ato médico, e como tal deve ser realizada, observando-se os princípios éticos contidos no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que é dever do médico respeitar a dignidade e os demais direitos universais do homem;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 28, de 9 de maio de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do dia 9 de maio de 2002;

RESOLVE:

Art.1º - É vedada ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior dos prédios e ou dependências de delegacias, seccionais ou sucursais de Polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 2º - É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos contidos através de algemas ou qualquer outro meio, exceto quando o periciando oferecer risco à integridade física do médico perito.

Art. 3º - É vedado ao médico, exercendo cargo ou função de chefia, nomear ou designar médicos a ele subordinados para realizarem tais exames sob as condições descritas nos artigos 1º e 2º.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1636/2002

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a morbi-mortalidade decorrente do trânsito;

CONSIDERANDO que em mais de 90% (noventa por cento) a ocorrência desses eventos é causada por falhas humanas;

CONSIDERANDO que um exame médico criterioso dos candidatos à Carteira Nacional de Habilitação minimizará a ocorrência desses eventos;

CONSIDERANDO que o exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores é um ato pericial;

CONSIDERANDO os artigos 118, 119, 120 e 121 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.342/91, de 8 de março de 1991, que dispõe sobre as atribuições do diretor técnico e clínico;

CONSIDERANDO os Pareceres CFM nº 10, de 14 de abril de 2000, nº 16, de 12 de julho de 2000, nº 45, de 21 de novembro de 2001, e nº 30, de 14 de setembro de 1990;

CONSIDERANDO a participação do Conselho Federal de Medicina na Câmara Temática de Saúde do CONTRAN, e;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de maio de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - O exame de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores deverá ser realizado exclusivamente por médico.

Parágrafo único - É vedado ao médico perito assinar laudos realizados por outros profissionais.

Art. 2º - Os locais de realização dos exames de aptidão física

e mental para condutores de veículos automotores devem ser de atividade médica exclusiva para este tipo de procedimento.

Parágrafo único - Não poderão, em hipótese nenhuma, serem realizados em centros de formação de condutores ou em qualquer outro local público ou privado, cujos agentes tenham interesse no resultado positivo desses exames periciais.

Art.3º - Todos os exames de aptidão física e mental devem ser distribuídos imparcialmente, através de divisão eqüitativa obrigatória, aleatória e impessoal, entre as entidades e médicos credenciados na área de jurisdição do órgão executivo do trânsito.

Parágrafo único - A distribuição dos exames será feita pelo órgão executivo do trânsito - DETRAN, e nunca por escolha do periciado.

Art. 4º - É vedado o estabelecimento de cota-limite por período de tempo para a realização dos exames de aptidão física e mental para condutores de veículos automotores.

Parágrafo único - O exame é individualizado, não sendo permitido exames simultâneos em grupos de pacientes, sendo o tempo dispendido para cada paciente o suficiente para sua avaliação adequada, conforme a técnica prevista para o procedimento.

Art. 5º - Ficam responsáveis pela aplicação dos dispositivos desta resolução o diretor médico do órgão executivo do trânsito (DETRAN) e os diretores técnico e clínico das entidades públicas ou privadas credenciadas.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de maio de 2002.

Edson de Oliveira Andrade e Rubens dos Santos Silva

Presidente e Secretário-Geral

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

"Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde".

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao

médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

continua...

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I - Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II - À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III - À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

continua...

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

f) Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002

Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o

prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

continua...

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.037/2002, que regulamenta a Lei de

Arquivos – Lei nº 8.159/91).

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único - Findo o prazo estabelecido no caput, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

continua...

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

I - Integridade da Informação e Qualidade do Serviço - O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

II - Cópia de Segurança - Deverá ser feita cópia de segurança

dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de back-up deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

a) Documentação do processo de backup/restore;

b) As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;

c) Mínimo de três cópias para aplicações críticas;

d) Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;

e) Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.

III - Bancos de Dados - Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:

a) Compartilhamento dos dados;

b) Independência entre dados e programas;

c) Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;

d) Controle da estrutura física e lógica;

e) Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL - Standard Query Language);

f) Funções de auditoria e recuperação dos dados.

continua...

IV - Privacidade e Confidencialidade - Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:

a) Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;

b) A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;

c) A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;

d) Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;

e) Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.

V - Autenticação - O sistema de informação deverá ser capaz

de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.

VI - Auditoria - O sistema de informações deverá possuir registro (log) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:

a) A identificação dos usuários do sistema;

b) Datas e horários de entrada (log-on) e saída (log-off) no sistema;

continua...

c) Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;

d) Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;

e) Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.

f) Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.

VII - Transmissão de Dados - Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.

VIII - Certificação do software - A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do software junto ao CFM, conforme especificado a seguir.

IX - Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.

a) Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento scanner;

b) Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;

c) Método de indexação que permita criar um arquivamento

organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;

d) Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;

e) Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

continua...

CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

1. Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: http://www.cfm.org.br/certificacao;

2. O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;

3. Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "in loco" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);

4. O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;

5. Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;

6. Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;

7. A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site http://www.cfm.org.br/certificacao;

8. A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.640/2002

Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.405, de 19 de julho de1958, e

CONSIDERANDO que a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental sem qualquer forma de discriminação;

CONSIDERANDO que as Resoluções CFM nº 1.408, de 8 de junho de 1994, e nº 1.598, de 9 de agosto de 2000, versam sobre a assistência aos pacientes psiquiátricos e visam salvaguardar os princípios ético-profissionais no atendimento aos portadores de transtornos mentais;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1.627, de 23 de outubro de 2001, define o ato profissional do médico;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nº 1.363, de 22 de março de 1993, e nº 1.409, de 14 de junho de 1994, que normatizam, respectivamente, os procedimentos exercidos pelos médicos anestesiologistas e pelos médicos que praticam atos cirúrgicos e/ou endoscópicos em regime ambulatorial;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, que aprova o Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 43/2001, de 21 de novembro de 2001, acerca do Projeto de Lei nº 4.901/2001, de autoria do sr. deputado federal Marcos Rolim, que propõe a regulamentação restritiva da eletroconvulsoterapia e dá outras providências;

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas ao procedimento da eletroconvulsoterapia, estabelecendo indicações e condições técnicas em que deve ser realizado;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Câmara Técnica de Psiquiatria e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 10.7.02;

RESOLVE:

Art.1º - A eletroconvulsoterapia (ECT), como método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito, deve ser realizada em ambiente hospitalar.

Art. 2º - O emprego da eletroconvulsoterapia é um ato médico, o que faz com que sua indicação, realização e acompanhamento sejam de responsabilidade dos profissionais médicos que dela participarem.

Art. 3º - O consentimento informado deverá ser obtido do paciente, por escrito, antes do início do tratamento.

Parágrafo primeiro - Nas situações em que o paciente não

apresentar condições mentais e/ou etárias necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo.

Parágrafo segundo - Nas situações em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao paciente, sua família ou responsável, o médico que indicar e/ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo, devendo reportar-se ao diretor técnico da instituição e registrar o procedimento no prontuário médico.

Art. 4º - O médico investido na função de direção deverá assegurar as condições necessárias e suficientes para a realização do procedimento, tais como: instalações físicas, recursos humanos, aparelhagem e equipamentos tecnicamente adequados.

Art. 5º - A avaliação do estado clínico do paciente antes da eletroconvulsoterapia é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas.

Art 6º - A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico seguindo as orientações constantes na Resolução CFM nº 1.363/93.

Art. 7º - O tratamento só poderá ser realizado em local que assegure a privacidade.

Art. 8º - Os aparelhos de ECT a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, máquinas de corrente de pulsos breves e com dispositivo de ajuste da corrente.

Parágrafo único - As máquinas de corrente de ondas sinusoidais e com dispositivos de ajuste da voltagem deverão ser progressivamente substituídas pelas supracitadas.

Art. 9º - A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

Parágrafo primeiro - Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica), certas formas agudas e produtivas resistentes aos neurolépticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias às condições clínicas (estados confusionais e catatônicos secundários aa doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson; pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

Parágrafo segundo - O uso da eletroconvulsoterapia em crianças e adolescentes até 16 anos deverá ser evitado, salvo em condições excepcionais.

Art. 10º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002.

ANEXO À RESOLUÇÃO CFM nº 1.640/2002

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Introdução e histórico

A eletroconvulsoterapia (abreviadamente, ECT) é um método terapêutico eficaz e seguro, histórica e internacionalmente reconhecido e aceito.

Desde sua introdução no arsenal terapêutico psiquiátrico, em 1938, por Ugo Cerletti e Luciano Bini, em substituição à convulsoterapia química de L. Von Meduna (1934), que empregava o Cardiazol visando obter convulsões epilépticas com finalidade terapêutica em portadores de doenças mentais, tem sido consagrado como tratamento psiquiátrico da maior importância. Trata-se da única terapêutica biológica que se mantém universalmente aceita, não obstante o advento da era psicofarmacológica e de todos os avanços verificados nas neurociências.

A eletroconvulsoterapia não só permanece viva, respeitada e atualizada como também tem recebido os benefícios da farmacologia e da anestesiologia.

De fato, registra-se, no presente momento, renovado interesse por este tratamento por parte de muitos pesquisadores da vertente psiquiátrica biológica e neuropsiquiátrica. Esta espécie de renascimento em relação ao tema pode ser constatado mediante breve consulta aos recentes números do "American Journal of Psychiatry", "Archives of General Psychiatry" e outros prestigiosos periódicos psiquiátricos. Existe até mesmo uma revista especializada, de circulação internacional, exclusivamente dedicada a este assunto — o Journal of ECT. Como decorrência, surgem novas aparelhagens, as boas condições clínicas dos pacientes são cada vez mais preservadas e previnem-se os possíveis acidentes e efeitos adversos observados no passado.

Um autor do porte de Max Fink chega a afirmar, em seu livro - ECT – Restoring the Mind (Oxford University Press, 1999), que : "o risco de morte durante o eletrochoque é um décimo daquele decorrente do parto normal, para as mães".

Está evidente que ao longo de mais de 60 anos de sua utilização tenha havido mau uso ou mesmo abuso decorrentes de má prática médica por parte de alguns profissionais. Isto, porém, nunca chegou a invalidar ou mesmo comprometer os benefícios, muitas vezes heróicos e miraculosos, obtidos com o bom emprego desta técnica. Quantas vidas de pacientes, em estupor catatônico ou melancólico, foram salvas da morte por transtornos metabólicos e caquexia e quantos doentes com elevado risco de suicídio escaparam da autodestruição graças a este tratamento? Isto tem se verificado desde o início de seu uso nos anos 30, 40 e 50, em que grassava certo grau de "niilismo terapêutico", até o momento presente, no qual a indústria farmacêutica abarrota os vade-mécuns médicos de novos

produtos de pesquisa.

De sua má prática aproveitou-se a chamada "Antipsiquiatria", um dos ramos bastardos, ao lado da Psiquiatria Política ou "politiquiatria", da Psiquiatria Social, que emergiu após 1968, na esteira da "Contracultura". Este movimento, apesar de todo o desgaste sofrido, ainda persiste, "travestido" de outros nomes.

Estes são os grandes detratores do eletrochoque e é contra eles que devem se dirigir os argumentos apresentados ao longo deste arrazoado.

Os psiquiatras atuantes e devidamente capacitados prescindirão totalmente de qualquer justificativa favorável à ECT, encontrada neste documento. Ninguém melhor do que eles poderá assumir a defesa deste método terapêutico, quer em decorrência da própria experiência clínica ou de uma boa prática baseada em evidências ou comprovações.

Aliás, como dizia Henri Ey, em seu magistral - Défense et Illustration de la Psychiatrie (Masson Éditeurs, 1978) e repetia sempre, de forma coloquial, o mestre José Lucena, não deveria existir uma "Antipsiquiatria" mas sim uma "Antimápsiquiatria", embora ambos reconhecessem o único aspecto salutar deste movimento: seu caráter antiasilar.

Está claro que ninguém de bom-senso, médico ou leigo, costuma se insurgir contra o uso da corrente elétrica na Medicina em geral. Nem mesmo o choque elétrico do desfibrilador, que ressuscita pacientes em parada cardíaca, tem sido alvo de qualquer contestação.

Todavia, a deterioração do sistema assistencial em Psiquiatria, aliada à fragilidade dos conhecimentos científicos da especialidade e às peculiaridades do fato psiquiátrico com todas as suas implicações socioculturais e político-econômicas, possibilitaram a aparição e a tênue sobrevivência da Antipsiquiatria, algo inimaginável em qualquer outro ramo da Medicina. Torna-se praticamente impossível conceber-se uma "Anticardiologia", uma "Antigastrenterologia", uma "Antipneumologia" e assim por diante.

Considerações gerais

O emprego da eletroconvulsoterapia, o eletrochoque, é um ato médico, que pode ser realizado em ambiente hospitalar ou ambulatorial. Em seus primórdios foi uma técnica de uso preferencialmente hospitalar. Sua segurança e aplicação em larga escala, assim como a mudança ocorrida na política assistencial psiquiátrica, com a queda do modelo hospitalocêntrico em favor dos recursos extra-hospitalares, converteram-na em prática predominantemente ambulatorial.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

O emprego da eletroconvulsoterapia, o eletrochoque, é um ato médico, que deve ser realizado exclusivamente em ambiente hospitalar.

Sua indicação terapêutica, realização e acompanhamento clíni-

co são de total responsabilidade dos profissionais médicos (psiquiatras, clínicos gerais e anestesistas) que participam do procedimento.

A indicação e realização do tratamento não devem ser omitidas do paciente, nem tampouco o mesmo deve ser enganado através de eufemismos ou falsas explicações. Desta forma, antes do início do tratamento torna-se fundamental a obtenção, por escrito, de um consentimento informado do paciente, conforme orientação da Bioética.

Nas situações em que o doente não apresentar condições mentais (por exemplo: psicóticos com graves distúrbios do juízo da realidade, em estado estuporoso, etc.) e/ou etárias: menores de 16 anos), necessárias para fornecer o consentimento informado, este poderá ser obtido junto aos familiares ou responsáveis pelo mesmo. E naquelas em que não houver possibilidade de se obter o consentimento informado junto ao enfermo, sua família ou responsável, o médico que indicar e/ou realizar o procedimento tornar-se-á responsável pelo mesmo. Esta recomendação consagra o princípio da autonomia técnica dos médicos.

O profissional médico investido na função de direção do estabelecimento ou serviço onde o tratamento for processado o deverá assegurar as condições necessárias e suficientes para a realização do mesmo, tais como: instalações físicas adequadas, equipamentos novos ou com boa manutenção, recursos humanos habilitados e aparelhagem tecnicamente correta.

Mais uma vez busca-se oferecer ao paciente condições que lhe permitam sentir-se devidamente assistido, possibilitando a efetuação do tratamento em ambiente apropriado, sem riscos de danos físicos ou mentais e sem perda de sua privacidade. Em outros termos, deve-se evitar obrigatoriamente que o procedimento ocorra em ambientes coletivos ou enfermarias abertas, sem os equipamentos essenciais à preparação, acompanhamento do enfermo e execução do ato terapêutico.

A avaliação prévia do estado clínico do paciente que irá submeter-se à eletroconvulsoterapia é obrigatória, em especial as condições cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, osteoarticulares e odontológicas. Em muitos casos, alguns exames complementares instrumentais (tais como ECG e EEG) deverão ser solicitados. Esta preocupação visa não-somente protegê-lo de possíveis danos oriundos especificamente do tratamento mas, sobretudo, prevenir complicações decorrentes da anestesia. Estas últimas, por sinal, mais freqüentes e complexas do que as decorrentes do próprio eletrochoque.

A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico. Assim sendo, a presença e atuação de um especialista em anestesiologia, devidamente treinado e equipado, torna-se obrigatória e imprescindível à realização desta prática em todo e qualquer serviço ou estabelecimento, público ou privado. Como é do conhecimento dos anestesistas, estes deverão seguir as recomendações

contidas nos artigos da Resolução CFM nº 1.363/93, quando o tratamento se processar em regime de internação hospitalar ou, por analogia, com o preconizado na Resolução CFM nº 1.409/94, quando se tratar de atendimento ambulatorial.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico. Assim sendo, a presença e atuação de profissional médico, devidamente treinado e equipado, torna-se obrigatória e imprescindível à realização desta prática em todo e qualquer serviço ou estabelecimento, público ou privado. Como é do conhecimento dos anestesistas, estes deverão seguir as recomendações contidas nos artigos da Resolução CFM nº 1.363/93.

A anestesia prévia garante não somente que o paciente permaneça inconsciente ao longo da duração do eletrochoque como também permite a manutenção contínua da ventilação pulmonar, beneficiando a oxigenação cerebral de forma permanente. A tradicionalmente chamada "síndrome biológica do eletrochoque", que se caracteriza sobretudo por "déficits" cognitivos e pela transitória e reversível redução da memória para fatos recentes, atenua-se de forma acentuada com a permanência de uma oxigenação pulmonar constante. O oxímetro de pulso é, portanto, considerado equipamento essencial.

O mito de que a ECT "lesiona o tecido cerebral" contraria as conclusões da "Task Force" da Associação Psiquiátrica Americana (2001) sobre este tratamento, bem como choca-se frontalmente com os trabalhos científicos realizados com ressonância magnética, PET Scan e os estudos baseados em testes neuropsicológicos sobre memória e aprendizagem.

O relatório da Associação Brasileira de Psiquiatria sobre "A Utilização Terapêutica da Eletroconvulsoterapia", elaborado pelo professor titular da UNIFESP, Dr. José Alberto Del Porto, autoridade no assunto, fundamentado em extensa e atual bibliografia, é por demais conclusivo: "os efeitos da ECT sobre a memória são transitórios, reversíveis e mínimos quando comparados aos benefícios trazidos aos pacientes, naturalmente quando o procedimento é feito dentro das normas atuais e das indicações médicas recomendadas pelos especialistas".

As substâncias mais habitualmente utilizadas na produção da breve anestesia que antecede a aplicação da ECT, em nosso meio, são o anestésico Thiopental, o relaxante muscular Succinilcolina e um anticolinérgico, a Atropina. As luxações articulares, fraturas e convulsões cessaram com o uso de relaxantes musculares.

Os aparelhos de ECT a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, máquinas com correntes ajustáveis de pulsos breves, chamadas de ondas retangulares ou quadradas, que acarretam menores efeitos sobre a memória.

A freqüência das ondas quadradas varia de 30 a 70 ciclos por

segundo, sendo a duração de cada pulso elétrico de 0,5, 1,0 ou 2,0 milissegundos. A duração total da cadeia de estímulos elétricos varia entre 0,2 a 0,8 segundos, liberando uma carga elétrica entre 25 a 500 mil Coulombs.

As máquinas de ondas sinusoidais e de voltagem ajustável, habitualmente em uso, deverão ser progressivamente substituídas pelas de pulsos breves (ondas quadradas ou retangulares), dentro de um prazo de 3 (três) anos. As primeiras são consideradas arcaicas e responsáveis por "deficits" cognitivos e mnésicos mais pronunciados.

(o parágrafo ficará com a seguinte redação)

As máquinas de ondas sinusoidais e de voltagem ajustável, habitualmente em uso, deverão ser progressivamente substituidas pelas de pulsos breves (ondas quadradas ou retangulares), e recomenda-se que as substituições dos equipamentos sejam efetuados com brevidade, tendo em vista que as primeiras são consideradas arcaicas e responsáveis por "deficits" cognitivos e mnésicos mais pronunciados.

Os modernos aparelhos permitem o registro do eletroencefalograma (EEG), do eletrocardiograma (ECG) e do eletromiograma (EMG) durante a convulsão.

São discutíveis as possíveis vantagens da ECT unilateral sobre a bilateral, mais geralmente utilizada. A aplicação no hemisfério não-dominante (em 95% da população, o direito) diminui os efeitos nocivos sobre a memória. No entanto, é clinicamente menos eficaz e os pacientes não melhoram tão rapidamente como quando recebem a eletroconvulsoterapia bilateral (bitemporal ou bifrontal). Como bons resultados são mais prováveis com a ECT bilateral, a mesma torna-se preferencial para pacientes com doenças sistêmicas, que precisam de resultados mais imediatos e para os quais é desejável um número mínimo de aplicações.

Quanto à quantidade de sessões, segundo o dr. Salomão Rodrigues Filho, em correspondência remetida ao CFM, não se deve prescrever um número definido de aplicações. O paciente deve ser avaliado após cada sessão, para verificação da necessidade ou não de sessões adicionais.

Poucos enfermos respondem bem a menos de seis sessões de ECT, sendo desnecessário um número maior de aplicações.

A maioria dos pacientes responde bem a uma série de seis a doze sessões. Há evidências de que pacientes idosos e do sexo masculino requerem maior número de aplicações. Existe também forte correlação entre a resposta às duas primeiras sessões e o resultado final do tratamento.

Não está demonstrado, desde Barton e colaboradores (1973), qualquer valor profilático significativo na aplicação adicional de sessões de ECT após a recuperação clínica do paciente, como medida de prevenção de recaídas.

A eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas,

não se tratando, por conseguinte, de terapêutica de exceção.

De acordo com o Task Force Report of the APA (2001): "a ECT não deve ser reservada para uso somente como "último recurso". Tal prática pode privar os pacientes de um recurso efetivo, pode retardar a resposta terapêutica, prolongar o sofrimento dos enfermos e possivelmente contribuir para a resistência ao tratamento".

Suas principais indicações são: depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica); certas formas psicóticas agudas e produtivas, resistentes aos antipsicóticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias a problemas clínicos (estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson e pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica.

O emprego da eletroconvulsoterapia em crianças e adolescentes até 16 anos deverá ser evitado, salvo em condições excepcionais. A partir dos 16 anos, o seu uso está liberado nas condições em que houver indicação clínica. Estão, portanto, incluídos neste último grupo tanto os pacientes idosos quanto as mulheres gestantes.

De todos os tratamentos biológicos em Psiquiatria, à exceção da Psicocirurgia, a eletroconvulsoterapia tem sido alvo de intensa e sistemática campanha de descrédito e menoscabo por parte de pessoas, em sua grande maioria leigas, que lhe dirigem acusações infundadas e descabidas, valendo-se das facilidades da "mídia" sensacionalista. Exploram, em particular, os abusos praticados por maus profissionais, alardeando seus possíveis malefícios, ou levam às telas cenas oriundas de ficção tendenciosa. Omitem, por conseguinte, todos os reais méritos desta técnica heróica e miraculosa que vem resistindo ao desafio dos novos tempos, beneficiando os que dela realmente necessitam.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.642/2002

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva da jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribui-

ções que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta, não devendo ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à dignidade da remuneração profissional;

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 institui, para que possam ter autorização de funcionamento, a obrigatoriedade do registro de empresas operadoras de planos e seguros de saúde, de qualquer forma ou situação que possam existir, nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição onde estejam localizadas;

CONSIDERANDO que a Lei nº 6.839/80 institui a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, e a anotação dos profissionais legalmente habilitados, delas responsáveis, nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que o entendimento de livre escolha é o direito do paciente escolher o médico de sua confiança ou o sistema de assistência médica de sua preferência, que funcione dentro dos princípios éticos e preceitos técnico-científicos;

CONSIDERANDO que as infrações apuradas nos estabelecimentos hospitalares ou em empresas de assistência medica são de responsabilidade direta do diretor técnico ou de seu substituto eventual;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM nº 1.627/2001, que conceitua e regulamenta o Ato Médico, e da Resolução CFM nº 1.616/2001, que regulamenta o descredenciamento por empresas operadoras de planos de saúde, bem como as resoluções dos Conselhos de Medicina dos estados de Alagoas, Amazonas, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;

CONSIDERANDO, enfim, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de agosto de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º - As empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo,

cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares devem seguir os seguintes princípios em seu relacionamento com os médicos e usuários:

a) respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos;

b) admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira;

c) praticar a justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico, submetendo a tabela de honorários à aprovação do CRM de sua jurisdição;

d) efetuar o pagamento de honorários diretamente ao médico, sem retenção de nenhuma espécie;

e) negociar com entidades representativas dos médicos o reajuste anual da remuneração até o mês de maio, impedindo que o honorário profissional sofra processo de redução ou depreciação;

f) vedar a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares;

g) respeitar o sigilo profissional, sendo vedado a essas empresas estabelecerem qualquer exigência que implique na revelação de diagnósticos e fatos de que o médico tenha conhecimento devido ao exercício profissional.

Art. 2º - Nos contratos de credenciamento ou similares de médicos para prestação de serviço às empresas citadas no art. 1º, deverá ser expressamente estabelecida a forma de reajuste dos honorários médicos.

Art. 3º - É vedada a participação de médicos ou empresas prestadoras de assistência médica nas modalidades de licitação de tipo menor preço, quando este contrariar a prática local, nos termos dos artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica.

Art. 4º - As empresas que descumprirem a presente resolução poderão ter seus registros cancelados no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à Agência Nacional de Saúde Suplementar, para as providências cabíveis.

Art. 5º - O descumprimento desta resolução também importará em procedimento ético-profissional contra o diretor técnico da empresa.

Art. 6º - Proibir, aos médicos, a prestação de serviços para instituições que descumpram o estipulado nesta resolução.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as Resoluções CFM nºs. 264/65, 310/67, 808/77, 872/78, 1.084/82 e 1.340/90 e todas as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002

Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina disciplinar o exercício profissional médico e zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO o constante desenvolvimento de novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e entre estes e os pacientes;

CONSIDERANDO que a despeito das conseqüências positivas da Telemedicina existem muitos problemas éticos e legais decorrentes de sua utilização;

CONSIDERANDO que a Telemedicina deve contribuir para favorecer a relação individual médico-paciente;

CONSIDERANDO que as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia permissão do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e sob rígidas normas de segurança capazes de garantir a confidencialidade e integridade das informações;

CONSIDERANDO que o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou não recomenda o uso da Telemedicina para seu paciente, e que tal decisão deve basear-se apenas no benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o médico que exerce a Medicina a distância, sem ver o paciente, deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe, só pode emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e pertinente para o cerne da questão;

CONSIDERANDO o teor da "Declaração de Tel Aviv sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da Telemedicina", adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999;

CONSIDERANDO o disposto nas resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.639/2002, principalmente no tocante às normas para transmissão de dados identificados;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.627/2001, que define e regulamenta o Ato Médico;

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 7 de agosto de 2002, realizada em Brasília, com supedâneo no Parecer CFM nº 36/2002,

RESOLVE:

Art. 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audio-visual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

Art. 2º - Os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infra-estrutura tecnológica apropriada, pertinentes e obedecer as normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional.

Art. 3º - Em caso de emergência, ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico.

Art. 4º - A responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuírem por eventual dano ao mesmo.

Art. 5º - As pessoas jurídicas que prestarem serviços de Telemedicina deverão inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina do estado onde estão situadas, com a respectiva responsabilidade técnica de um médico regularmente inscrito no Conselho e a apresentação da relação dos médicos que componentes de seus quadros funcionais.

Parágrafo único - No caso de o prestador for pessoa física, o mesmo deverá ser médico e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Art. 6º - O Conselho Regional de Medicina deverá estabelecer constante vigilância e avaliação das técnicas de Telemedicina no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.649/2002

Dispõe sobre descontos em honorários médicos através de cartões de descontos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que compete ao CFM estabelecer interpretações frente a questões que envolvam o relacionamento do médico com entidades intermediadoras do seu trabalho;

CONSIDERANDO o artigo 3º do Código de Ética Médica: "A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa";

CONSIDERANDO o artigo 9º do Código de Ética Médica: "A

Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio";

CONSIDERANDO o artigo 80 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico praticar concorrência desleal com outro médico";

CONSIDERANDO o artigo 10 do Código de Ética Médica: "O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa";

CONSIDERANDO o artigo 92 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe";

CONSIDERANDO que os chamados Cartões de Descontos são simples intermediadores, sem qualquer compromisso solidário de qualidade ou responsabilidade civil, expondo o médico a uma série de riscos legais;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º - Considerar antiética a participação de médicos como proprietários, sócios, dirigentes ou consultores dos chamados Cartões de Descontos.

Art. 2º - Fica proibida a inscrição destes Cartões de Descontos no cadastro de pessoas jurídicas dos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 3º - É considerada infração ética a comprovada associação ou referenciamento de médicos a qualquer empresa que faça publicidade de descontos sobre honorários médicos.

Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.650/2002

Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cabe aos Conselhos de Medicina trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, e velar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO o entendimento exarado no Parecer CFM

nº 1.856/92, que estabelece responsabilidade aos diretores técnicos ou clínicos por problemas decorrentes de atuação de acadêmicos;

CONSIDERANDO as Resoluções CFM nºs. 1.615/2001 e 1.630/2001, que normatizam a presença do médico estrangeiro em território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução nº 9/83, do Conselho Federal de Educação, que regulamenta o internato dos cursos de Medicina no Brasil, e a inexistência de legislação específica, no Brasil, para a regulamentação do internato de estudantes de Medicina de universidades estrangeiras;

CONSIDERANDO os riscos a que são submetidos os pacientes expostos a alunos de universidades estrangeiras, em estágios e internatos mantidos por convênios estabelecidos com entidades privadas, filantrópicas ou públicas;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos no exterior à luz da legislação brasileira vigente;

CONSIDERANDO as resoluções baixadas pelos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Goiás e Mato Grosso, que tratam do mesmo assunto;

CONSIDERANDO que a isolada realização de estágio ou internato do curso de Medicina não evidencia reconhecimento para a total formação básica e geral do estudante de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º - É vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica participar da execução, direta ou indireta, de convênios ou quaisquer outros termos obrigacionais, para a realização de estágios ou internatos, destinados a alunos oriundos de faculdades/cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas.

Parágrafo único - Excetuam-se do mandamento disposto no caput do artigo os membros dos Corpos Clínicos de hospitais universitários, quando da vigência de acordo oficial celebrado entre as universidades.

Art. 2º - A responsabilidade pela observância desta norma cabe solidariamente aos diretores clínico e técnico das instituições.

Art. 3º - A realização de estágio ou internato do curso de

Medicina por alunos de faculdades de Medicina estrangeiras não dispensa a posterior convalidação do diploma por universidade pública, nos termos da lei.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.664/2003

Ementa: Dispõe sobre as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que a Lei nº 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO os avanços científicos no que tange ao reconhecimento das anomalias da diferenciação sexual, necessidade de educação continuada e divulgação em eventos médicos;

CONSIDERANDO a necessidade do diagnóstico clínico e específico do prognóstico, e a instituição de tratamento adequado;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária deste Conselho Federal de Medicina, realizada no dia 11 de abril de 2003, com sucedâneo na Exposição de Motivos anexa,

RESOLVE:

Art.1º - São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras.

Art. 2º - Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil;

Art. 3º - A investigação nas situações acima citadas exige uma estrutura mínima que contemple a realização de exames complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos.

Art. 4º - Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguin-

tes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria , psiquiatria infantil;

Parágrafo 1º - Durante toda a fase de investigação o paciente e seus familiares ou responsáveis legais devem receber apoio e informações sobre o problema e suas implicações.

Parágrafo 2º - O paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo.

Parágrafo 3º - No momento da definição final do sexo, os familiares ou responsáveis legais, e eventualmente o paciente, devem estar suficiente e devidamente informados de modo a participar da decisão do tratamento proposto.

Parágrafo 4º - A critério da equipe médica outros profissionais poderão ser convocados para o atendimento dos casos.

Art. 5º - O tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual deve ser realizado em ambiente com estrutura que garanta segurança, habilidades técnico-científicas e suporte de acompanhamento, conforme as especificações contidas no Anexo I desta resolução.

Art. 6º - O tema "anomalia da diferenciação sexual" deve ser abordado durante eventos médicos, congressos, simpósios e jornadas, visando sua ampla difusão e atualização dos conhecimentos na área.

Art. 7º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida. Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do prognóstico, também do paciente, gera graves transtornos. Além disso, um erro na definição sexual pode determinar caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido, bem como a degeneração maligna das gônadas disgenéticas.

Um dos problemas mais controversos pertinentes às intervenções na criança é a conduta diante dos recém-nascidos com genitais ambíguos. Ninguém pode garantir que, apesar dos mais criteriosos conceitos, a definição sexual tardia dessa pessoa acompanhará o que foi determinado no início de sua vida. Também não se pode generalizar, por situações isoladas, que a definição sexual só possa ser feita em idades mais tardias. Sempre restará a possibilidade de um indivíduo não acompanhar o sexo que lhe foi definido, por mais rigor que haja nos critérios. Por outro lado, uma definição precoce, mas inadequada, também pode ser desastrosa.

Há quem advogue a causa de não-intervenção até que a pes-

soa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido.

Diante desses dois extremos, há necessidade de uma avaliação multidisciplinar onde todos os aspectos sejam discutidos e analisados, para que a possibilidade de insatisfação seja mínima.

A investigação, nessas situações, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, englobando várias especialidades: cirurgia, endocrinologia, radiologia, psiquiatra infantil, pediatria, clínica, genética e outras, na dependência da necessidade do paciente. O maior objetivo dessa equipe não será apenas descobrir qual é a etiologia da anomalia da diferenciação sexual, mas sim obter uma definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável.

Para tanto, além das avaliações especializadas, a interação com os pacientes e seus familiares é importantíssima.

Precipuamente visando proteger os pacientes e orientar os médicos responsáveis nessas circunstâncias, compete ao Conselho Federal de Medicina, órgão disciplinador da prática médica no Brasil, a obrigação e o poder legal de normatizar a conduta profissional diante de pacientes com anomalias da diferenciação sexual.

Considerando o exposto, esta exposição de motivos ilustra a necessidade de uma resolução sobre o assunto.

Anexo I - Exames e procedimentos recomendáveis para o diagnóstico e tratamento das anomalias da diferenciação sexual

Os exames/procedimentos abaixo descritos devem ser selecionados de acordo com a suspeita diagnóstica:

1) Avaliação clínico-cirúrgica:

a) Descrição genital detalhada tamanho do falo, número, calibre e posição dos meatos (uretral, vaginal ou do seio urogenital), grau de fusão, rugosidade e pigmentação das pregas lábio-escrotais.

Em genitália de aspecto masculino, considerar ambigüidade quando:

- gônadas não palpáveis

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.665/2003

Ementa: Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que determina o artigo 5o da Constitui-

ção Federal no que tange aos direitos e garantias do cidadão;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios aos seus alcances, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o artigo 1o do Código de Ética Médica determina que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza;

CONSIDERANDO as normas emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o atendimento e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS);

CONSIDERANDO a persistência da epidemia do vírus da SIDA (AIDS) no país, a progressiva mudança em seu perfil e sua crescente feminização, atingindo grupos populacionais cada vez mais amplos, a despeito das campanhas preventivas até aqui desencadeadas;

CONSIDERANDO o profundo impacto que a doença provoca no paciente portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), limitando sua atividade física e tornando-o vulnerável física, moral, social e psicologicamente;

CONSIDERANDO a freqüente violação dos direitos e da dignidade humana destas pessoas, expressa por recusas de atendimento e internações ou realização de procedimentos invasivos, bem como a interrupção de cuidados ou de pagamento dos mesmos após o conhecimento do diagnóstico;

CONSIDERANDO as altas taxas de transmissão vertical do vírus HIV no país, apesar da disponibilização de tratamento gratuito às gestantes na rede pública, incluindo o acesso aos medicamentos anti-retrovirais;

CONSIDERANDO a comprovada eficácia de tratamento anti-retroviral durante a gravidez, o trabalho de parto e as primeiras semanas de vida, o que permite redução significativa do risco de um recém-nascido contrair o vírus HIV de gestante soropositiva;

CONSIDERANDO que o médico é obrigado a notificar aos serviços de saúde os casos de infecção pelo vírus HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, de acordo com a Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que no contexto da assistência integral à saúde da mulher a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, de acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde/2000 - Assistência Pré-Natal;

CONSIDERANDO o disposto no Capítulo IX do Código de Éti-

ca Médica, que trata do Segredo Médico, além dos Códigos Civil e Penal em seus artigos específicos, 144 e 154, respectivamente;

CONSIDERANDO os termos dos Pareceres CFM nºs 14/88 e 11/92 e as resoluções vigentes dos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de Alagoas, Pará, Rio de Janeiro e São Paulo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 7.05.2003.

RESOLVE:

Art. 1º - O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Parágrafo 1º - Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

Parágrafo 2º - O atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, razão pela qual não se pode alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para a recusa da prestação de assistência.

Parágrafo 3º - As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde as condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para a proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

Parágrafo 4º - É responsabilidade do diretor técnico da instituição a efetiva garantia das condições de atendimento.

Art. 2º - É da responsabilidade da instituição pública/privada e de seu diretor técnico garantir e promover a internação e tratamento dos portadores do vírus da SIDA (AIDS), quando houver indicação clínica para tal.

Parágrafo único - O diagnóstico do vírus da SIDA (AIDS), por si só, não justifica o isolamento ou confinamento do paciente.

Art. 3º - É responsabilidade do diretor técnico das instituições intermediadoras dos serviços de saúde de qualquer natureza, inclusive seguradoras, a autorização de internação, a manutenção do custeio do tratamento e a autorização para exames complementares dos pacientes associados ou segurados portadores do vírus da SIDA (AIDS).

Parágrafo único - O custeio dos meios necessários à segurança do Ato Médico, inclusive ambulatorial, deve ser garantido pelas empresas de planos de saúde, seguradoras e Sistema Único de Saúde.

Art. 4º - É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV.

Art. 5º - É dever do médico solicitar à gestante, durante o acompanhamento pré-natal, a realização de exame para detecção de infecção por HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardando

o sigilo profissional.

Art. 6º - É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame para detecção de anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame.

Art. 7º - Os serviços e instituições de saúde, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes, bem como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido.

Art. 8º - É responsabilidade do médico, da instituição e de seu diretor técnico garantir a preservação dos direitos de assistência médica das pessoas portadoras do vírus HIV.

Art. 9º - O sigilo profissional que liga os médicos entre si e cada médico a seu paciente deve ser absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos.

Parágrafo único - O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família.

Art. 10 - O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS), salvo nos casos determinados por lei, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.

Art.11 - Revogam-se todas as disposições em contrário, especialmente a Resolução CFM nº 1.359, de 11 de novembro de 1992.

Art. 12 - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A preocupação dos Conselhos de Medicina com a prevenção e controle do vírus da SIDA (AIDS) no país tem levado diversos Regionais, e este próprio Conselho Federal, a elaborarem pareceres e relatórios para orientar os médicos sobre o assunto, todos visando a mesma finalidade, apesar de haver diferenças de abordagem sobre o assunto.

Com vistas a uniformizar, tanto quanto possível, as normas sobre a matéria, o Conselho Federal de Medicina achou por bem avaliá-las e padronizá-las, no que couber, visando a sua condensação em mandamento único, razão da presente resolução.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666/2003

Ementa: Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão de registros de títulos de especialista;

CONSIDERANDO o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1.634/2002, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

CONSIDERANDO a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialistas e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 1.634/2002;

CONSIDERANDO, finalmente o decidido em reunião plenária de 7/5/2003,

RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002.

Art. 2º - Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM

ANEXO II
RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES CFM/AMB/CNRM

A Comissão Mista de Especialidades - CME, no uso das atribuições que lhe confere o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão de registros de títulos de especialista, aprova o novo relatório que modifica a relação de especialistas e áreas

de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 1.634/2002. Do qual fazem parte os seguintes itens: **1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS; 2) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS; 3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS; 4) TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADE MÉDICA e 5) CERTIFICADOS DE ÁREAS DE ATUAÇÃO.**

1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS

a) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação.

b) A CNRM somente autorizará programas de Residência Médica nas especialidades listadas no item 2 deste relatório.

c) No âmbito da CNRM, as áreas de atuação previstas pela CME, nas respectivas especialidades, constarão como ano adicional e opcional.

d) Cabe à CNRM autorizar e disciplinar o ano opcional com o mesmo nome dos programas de Residência Médica nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implantação.

e) A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME.

f) Toda especialidade médica terá, no mínimo, dois anos de formação, tanto para a CNRM como para a AMB.

g) Não serão autorizadas áreas de atuação com programa de formação inferior a um ano.

h) A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente será criada ou mantida após consenso entre as respectivas Sociedades.

i) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais sociedade serão únicos e contarão, na sua elaboração, com a participação de todas as Sociedades vinculadas.

j) Os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialistas e certificados de área de atuação.

k) Os registros junto aos CRMs obedecerão aos seguintes critérios:

k.1) Os documentos emitidos pela CNRM ou AMB, prévios à Resolução CFM nº 1.634/2002 e anexos, deverão preservar, no registro, a denominação original.

k.2) Os documentos emitidos após a Resolução CFM nº 1.634/2002 e anexos serão registrados de acordo com a denominação vigente no ato do registro. Se sofrerem alteração de especialidade, para área de atuação, serão registrados por analogia.

l) Quando solicitado pelo médico, a AMB, por meio das So-

ciedades de Especialidades, deverá atualizar para a nomenclatura vigente a anterior denominação dos títulos ou certificados, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração no registro existente.

m) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs.

n) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e/ou, áreas de atuação.

o) É proibido aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham reconhecimento da CME.

p) A AMB deverá preservar o direito à certificação de área de atuação para as Sociedades que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Cirurgia da Mão, Citopatologia, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Respiratória, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica.

q) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, na AMB, via Sociedades de Especialidades.

r) As Sociedades de Especialidades ou de áreas de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB.

2) RELAÇÃO DE ESPECIALIDADES RECONHECIDAS

1. ACUPUNTURA
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA
3. ANESTESIOLOGIA
4. ANGIOLOGIA
5. CANCEROLOGIA
6. CARDIOLOGIA
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR
8. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
9. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
10. CIRURGIA GERAL
11. CIRURGIA PEDIÁTRICA
12. CIRURGIA PLÁSTICA
13. CIRURGIA TORÁCICA
14. CIRURGIA VASCULAR
15. CLÍNICA MÉDICA
16. COLOPROCTOLOGIA
17. DERMATOLOGIA
18. ENDOCRINOLOGIA
19. ENDOSCOPIA
20. GASTROENTEROLOGIA
21. GENÉTICA MÉDICA
22. GERIATRIA
23. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
24. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
25. HOMEOPATIA

26. INFECTOLOGIA
27. MASTOLOGIA
28. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
29. MEDICINA DO TRABALHO
30. MEDICINA DO TRÁFEGO
31. MEDICINA ESPORTIVA
32. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
33. MEDICINA INTENSIVA
34. MEDICINA LEGAL
35. MEDICINA NUCLEAR
36. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
37. NEFROLOGIA
38. NEUROCIRURGIA
39. NEUROLOGIA
40. NUTROLOGIA
41. OFTALMOLOGIA
42. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
43. OTORRINOLARINGOLOGIA
44. PATOLOGIA
45. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
46. PEDIATRIA
47. PNEUMOLOGIA
48. PSIQUIATRIA
49. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
50. RADIOTERAPIA
51. REUMATOLOGIA
52. UROLOGIA

3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS

1. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
3. ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
4. ATENDIMENTO AO QUEIMADO
5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
6. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL
7. CIRURGIA DA COLUNA
8. CIRURGIA DA MÃO
9. CIRURGIA DERMATOLÓGICA
10. CIRURGIA DO TRAUMA
11. CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
12. CITOPATOLOGIA
13. COSMIATRIA
14. DOR
15. ECOCARDIOGRAFIA
16. ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER
17. ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

18. ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
19. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
20. ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
21. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
22. ERGOMETRIA
23. FONIATRIA
24. GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
25. HANSENOLOGIA
26. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
27. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
28. HEPATOLOGIA
29. INFECTOLOGIA HOSPITALAR
30. INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
31. MEDICINA DE URGÊNCIA
32. MEDICINA DO ADOLESCENTE
33. MEDICINA FETAL
34. MEDICINA INTENSIVA NEONATAL
35. MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
36. NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
37. NEONATOLOGIA
38. NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA
39. NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
40. NEURORRADIOLOGIA
41. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
42. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA
43. NUTROLOGIA PEDIÁTRICA
44. PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
45. PSICOGERIATRIA
46. PSICOTERAPIA
47. PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
48. PSIQUIATRIA FORENSE
49. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
50. REPRODUÇÃO HUMANA
51. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
52. SEXOLOGIA
53. ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

4) TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ACUPUNTURA

FORMAÇÃO: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Acupuntura

AMB: Concurso Colégio Médico de Acupuntura

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA

FORMAÇÃO: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Alergia e Imunopa-

tologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Alergia e Imunologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Anestesiologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Anestesiologia
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Dor

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANGIOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Angiologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
Ecografia Vascular com Doppler
Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA / CANCEROLOGIA CLÍNICA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Clínica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA / CANCEROLOGIA CIRÚRGICA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Cirúrgica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Pediátrica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cardiologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cardiologia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Cardiologia Pediátrica
Ecocardiografia
Eletrofisiologia Clínica Invasiva
Ergometria
Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR
FORMAÇÃO: 4 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Cirurgia Videolaparoscópica
Endoscopia Digestiva
Nutrição Parenteral e Enteral

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Cirurgiões
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Cirurgia do Trauma
Cirurgia Videolaparoscópica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA PLÁSTICA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cirurgia de Plástica
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Atendimento ao Queimado
Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial
Cirurgia da Mão

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA TORÁCICA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Torácica

AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Endoscopia Respiratória

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA VASCULAR
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
Ecografia Vascular com Doppler
Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Clínica Médica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Clínica Médica
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Hansenologia
Medicina de Urgência

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM COLOPROCTOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Coloproctologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Coloproctologia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Cirurgia Videolaparoscópica
Endoscopia Digestiva

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DERMATOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Dermatologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Dermatologia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Cosmiatria
Cirurgia Dermatológica
Hansenologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Endocrinologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Endocrinologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOSCOPIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Endoscopia
AMB: Concurso Sociedade a Definir
ÁREAS DE ATUAÇÃO:

Endoscopia Digestiva
Endoscopia Respiratória

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GASTROENTEROLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Gastroenterologia
AMB: Concurso Federação Brasileira de Gastroenterologia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Endoscopia Digestiva
Gastroenterologia Pediátrica
Hepatologia
Nutrição Parenteral e Enteral

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GENÉTICA MÉDICA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Genética Médica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Genética Clínica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GERIATRIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Geriatria
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia
AMB: Concurso Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Endoscopia Ginecológica
Medicina Fetal
Reprodução Humana
Sexologia
Ultra-Sonografia em Ginecologia e Obstetrícia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM HOMEOPATIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Homeopatia
AMB: Concurso Associação Médica Homeopática Brasileira

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM INFECTOLOGIA
FORMAÇÃO: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Infectologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Infectologia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Hansenologia
Infectologia Hospitalar
Infectologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MASTOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Mastologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Mastologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
AMB: Concurso Sociedade a Definir
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Hansenologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRABALHO
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho
AMB: Concurso Associação Nacional de Medicina do Trabalho

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRÁFEGO
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina do Tráfego
AMB: Concurso Associação Brasileira de Medicina de Tráfego

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Esportiva
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Neurofisiologia Clínica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva
AMB: Concurso Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Medicina Intensiva Neonatal
Medicina Intensiva Pediátrica

Nutrição Parenteral e Enteral

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA LEGAL

FORMAÇÃO: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Legal

AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Medicina Legal

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA NUCLEAR

FORMAÇÃO: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Nuclear

AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

FORMAÇÃO: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social

AMB: Concurso Sociedade a Definir

ÁREA DE ATUAÇÃO:

Hansenologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEFROLOGIA

FORMAÇÃO: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nefrologia

AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Nefrologia

ÁREA DE ATUAÇÃO:

Nefrologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA

FORMAÇÃO: 4 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurocirurgia

AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

ÁREAS DE ATUAÇÃO:

Cirurgia da Coluna

Cirurgia da Mão

Neurofisiologia Clínica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEUROLOGIA

FORMAÇÃO: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurologia

AMB: Concurso Academia Brasileira de Neurologia

ÁREAS DE ATUAÇÃO:

Dor

Hansenologia

Neurofisiologia Clínica

Neurologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NUTROLOGIA

FORMAÇÃO: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nutrologia

AMB: Concurso Associação Brasileira de Nutrologia

ÁREAS DE ATUAÇÃO:

Nutrição Parenteral e Enteral
Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica
Nutrologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM OFTALMOLOGIA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Oftalmologia
AMB: Concurso Conselho Brasileiro de Oftalmologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Cirurgia da Mão

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial
Foniatria

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Patologia
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Citopatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Pediatria
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Pediatria
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Alergia e Imunologia Pediátrica
Cardiologia Pediátrica
Endocrinologia Pediátrica
Gastroenterologia Pediátrica
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica

Infectologia Pediátrica
Medicina do Adolescente
Medicina Intensiva Neonatal
Medicina Intensiva Pediátrica
Nefrologia Pediátrica
Neonatologia
Neurologia Pediátrica
Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica
Nutrologia Pediátrica
Pneumologia Pediátrica
Reumatologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PNEUMOLOGIA

FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Pneumologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Endoscopia Respiratória
Pneumologia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA

FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Psiquiatria
AMB: Concurso Associação Brasileira de Psiquiatria
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Psicogeriatria
Psicoterapia
Psiquiatria da Infância e Adolescência
Psiquiatria Forense

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
ÁREAS DE ATUAÇÃO:
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
Ecografia Vascular com Doppler
Neurorradiologia
Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: ATUAÇÃO EXCLUSIVA ULTRA-SONOGRAFIA GERAL

FORMAÇÃO: 2 anos
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: ATUAÇÃO EXCLUSIVA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E

ANGIORRADIOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
TÍTULO DE ESPECIALISTA EM RADIOTERAPIA
FORMAÇÃO: 3 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Radioterapia
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
TÍTULO DE ESPECIALISTA EM REUMATOLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Reumatologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Reumatologia
ÁREA DE ATUAÇÃO:
Reumatologia Pediátrica
TÍTULO DE ESPECIALISTA EM UROLOGIA
FORMAÇÃO: 2 anos
CNRM: Programa de Residência Médica em Urologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Urologia

5) CERTIFICADOS DE ÁREAS DE ATUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
CNRM: Opcional em qualquer Programa de Residência Médica (PRM)
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Administração de Saúde
REQUISITO: TEAMB
ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
CNRM: Opcional PRM em Alergia e Imunologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Alergia e Imunologia
TEAMB em Pediatria
ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
CNRM: Opcional PRM em Angiologia
Opcional PRM em Cirurgia Vascular
Opcional PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
REQUISITOS: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
TEAMB em Cirurgia Vascular
TEAMB em Angiologia
ATENDIMENTO AO QUEIMADO
CNRM: Opcional PRM em Cirurgia Plástica

AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
REQUISITO: TEAMB em Cirurgia Plástica

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Cardiologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Cardiologia
TEAMB em Pediatria

CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

CNRM: Opcional PRM em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Opcional PRM em Cirurgia Plástica
Opcional PRM em Otorrinolaringologia
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica/Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia
REQUISITOS: TEAMB em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
TEAMB em Cirurgia Plástica
TEAMB em Otorrinolaringologia

CIRURGIA DA COLUNA

CNRM: Opcional PRM em Neurocirurgia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
REQUISITO: TEAMB em Neurocirurgia

CIRURGIA DA MÃO

CNRM: Opcional PRM em Cirurgia Plástica
Opcional PRM em Ortopedia e Traumatologia
Opcional PRM em Neurocirurgia
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão
REQUISITOS: TEAMB em Cirurgia Plástica
TEAMB em Ortopedia e Traumatologia
TEAMB em Neurocirurgia

CIRURGIA DERMATOLÓGICA

CNRM: Opcional PRM em Dermatologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Dermatologia
REQUISITO: TEAMB em Dermatologia

CIRURGIA DO TRAUMA

CNRM: Opcional PRM em Cirurgia Geral
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Cirurgiões
REQUISITO: TEAMB em Cirurgia Geral

CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

CNRM: Opcional PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo
Opcional PRM em Cirurgia Geral
Opcional PRM em Coloproctologia
AMB: Concurso Convênio Federação Brasileira de Gastroenterologia/Colégio Brasileiro de Cirurgiões/Sociedade Brasileira de Colo-

proctologia
REQUISITOS: TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo
TEAMB em Cirurgia Geral
TEAMB em Coloproctologia

CITOPATOLOGIA

CNRM: Opcional PRM em Patologia
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Citopatologia
REQUISITO: TEAMB em Patologia

COSMIATRIA

CNRM: Opcional PRM em Dermatologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Dermatologia
REQUISITO: TEAMB em Dermatologia

DOR

CNRM: Opcional PRM em Anestesiologia
Opcional PRM em Neurologia
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Anestesiologia/ Academia Brasileira de Neurologia
REQUISITOS: TEAMB em Anestesiologia
TEAMB em Neurologia

ECOCARDIOGRAFIA

CNRM: Opcional PRM em Cardiologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cardiologia
REQUISITO: TEAMB em Cardiologia

ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

CNRM: Opcional PRM em Angiologia
Opcional PRM em Cirurgia Vascular
Opcional PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
REQUISITOS: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
TEAMB em Diagnóstico por Imagem Atuação Ultra-Sonografia Geral
TEAMB em Angiologia
TEAMB em Cirurgia Vascular
TEAMB em Cardiologia + Certificado de Atuação em Ecocardiografia

ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

CNRM: Opcional PRM em Cardiologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cardiologia
REQUISITO: TEAMB em Cardiologia

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Endocrinologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Endocrinologia

e Metabologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Endocrinologia
TEAMB em Pediatria

ENDOSCOPIA DIGESTIVA
CNRM: Opcional PRM em Endoscopia
Opcional PRM em Cirurgia Do Aparelho Digestivo
Opcional PRM em Gastroenterologia
Opcional PRM em Coloproctologia
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
REQUISITOS: TEAMB em Endoscopia
TEAMB em Cirurgia Do Aparelho Digestivo
TEAMB em Gastroenterologia
TEAMB em Coloproctologia

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
CNRM: Opcional PRM em Obstetrícia e Ginecologia
AMB: Concurso Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
REQUISITO: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
CNRM: Opcional PRM em Cirurgia Torácica
Opcional PRM em Endoscopia
Opcional PRM em Pneumologia
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral
REQUISITOS: TEAMB em Cirurgia Torácica
TEAMB em Endoscopia
TEAMB em Pneumologia

ERGOMETRIA
CNRM: Opcional PRM em Cardiologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cardiologia
REQUISITO: TEAMB em Cardiologia

FONIATRIA
CNRM: Opcional PRM em Otorrinolaringologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia
REQUISITO: TEAMB em Otorrinolaringologia

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
CNRM: Opcional PRM em Gastroenterologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Federação Brasileira de Gastroenterologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Gastroenterologia
TEAMB em Pediatria

HANSENOLOGIA
CNRM: Opcional PRM em Dermatologia
Opcional PRM em Clínica Médica

Opcional PRM em Infectologia
Opcional PRM em Neurologia
Opcional PRM em Medicina de Família e Comunidade
Opcional PRM em Medicina Preventiva e Social
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hansenologia
REQUISITOS: TEAMB em Dermatologia
TEAMB em Clínica Médica
TEAMB em Infectologia
TEAMB em Neurologia
TEAMB em Medicina de Família e Comunidade
TEAMB em Medicina Preventiva e Social

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Hematologia e Hemoterapia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Hematologia e Hemoterapia
TEAMB em Pediatria

HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

CNRM: Opcional PRM em Cardiologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Cardiologia
REQUISITO: TEAMB em Cardiologia

HEPATOLOGIA

CNRM: Opcional PRM em Gastroenterologia
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hepatologia
REQUISITO: TEAMB em Gastroenterologia

INFECTOLOGIA HOSPITALAR

CNRM: Opcional PRM em Infectologia
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Infectologia
REQUISITO: TEAMB em Infectologia
INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
CNRM: Opcional PRM em Infectologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Infectologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Infectologia
TEAMB em Pediatria

MEDICINA DE URGÊNCIA

CNRM: Opcional PRM em Clínica Médica
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Clínica Médica
REQUISITO: TEAMB em Clínica Médica

MEDICINA DO ADOLESCENTE

CNRM: Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Pediatria

REQUISITO: TEAMB em Pediatria

MEDICINA FETAL

CNRM: Opcional PRM em Obstetrícia e Ginecologia
AMB: Concurso Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
REQUISITO: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

MEDICINA INTENSIVA NEONATAL

CNRM: Opcional PRM em Medicina Intensiva
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Medicina Intensiva
TEAMB em Pediatria

MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Medicina Intensiva
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Medicina Intensiva
TEAMB em Pediatria

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Nefrologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Nefrologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Nefrologia
TEAMB em Pediatria

NEONATOLOGIA

CNRM: Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITO: TEAMB em Pediatria

NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

CNRM: Opcional PRM em Medicina Física e Reabilitação
Opcional PRM em Neurologia
Opcional PRM em Neurocirurgia
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica
REQUISITOS: TEAMB em Medicina Física e Reabilitação
TEAMB em Neurologia
TEAMB em Neurocirurgia

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Neurologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Academia Brasileira de Neurologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Neurologia

TEAMB em Pediatria

NEURORRADIOLOGIA

CNRM: Opcional PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
REQUISITOS: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
TEAMB em Neurologia
TEAMB em Neurocirurgia

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

CNRM: Opcional PRM em Nutrologia
AMB: Concurso Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
REQUISITOS: TEAMB em Nutrologia
TEAMB em Pediatria
TEAMB em Medicina Intensiva
TEAMB em Cirurgia Aparelho Digestivo
TEAMB em Gastroenterologia

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Nutrologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
REQUISITOS: TEAMB em Nutrologia
TEAMB em Pediatria

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Nutrologia
Opcional PRM em Pediatria
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Pediatria/Associação Brasileira de Nutrologia
REQUISITOS: TEAMB em Nutrologia
TEAMB em Pediatria

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

CNRM: Opcional PRM em Pediatria
Opcional PRM em Pneumologia
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Pediatria
TEAMB em Pneumologia

PSICOGERIATRIA

CNRM: Opcional PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso Associação Brasileira de Psiquiatria
REQUISITO: TEAMB em Psiquiatria

PSICOTERAPIA

CNRM: Opcional PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso Associação Brasileira de Psiquiatria
REQUISITO: TEAMB em Psiquiatria

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
CNRM: Opcional PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso Associação Brasileira de Psiquiatria
REQUISITO: TEAMB em Psiquiatria
PSIQUIATRIA FORENSE
CNRM: Opcional PRM em Psiquiatria
AMB: Concurso Associação Brasileira de Psiquiatria
REQUISITO: TEAMB em Psiquiatria
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
CNRM: Opcional PRM em Angiologia
Opcional PRM em Cirurgia Vascular
Opcional PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
REQUISITOS: TEAMB em Angiologia
TEAMB em Cirurgia Vascular
TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
REPRODUÇÃO HUMANA
CNRM: Opcional PRM em Obstetrícia e Ginecologia
AMB: Concurso Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
REQUISITO: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
CNRM: Opcional PRM em Pediatria
Opcional PRM em Reumatologia
AMB: Concurso Convênio Sociedade Brasileira de Reumatologia/ Sociedade Brasileira de Pediatria
REQUISITOS: TEAMB em Reumatologia
TEAMB em Pediatria
SEXOLOGIA
CNRM: Opcional PRM em Obstetrícia e Ginecologia
AMB: Concurso Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
REQUISITOS: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
CNRM: Opcional PRM em Obstetrícia e Ginecologia
AMB: Concurso Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
REQUISITO: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

OBS: Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

RESOLUÇÃO CFM N. 1.669/2003

Dispõe sobre o exercício profissional e os programas de pós-graduação no Brasil do médico estrangeiro e do médico brasileiro formado por faculdade estrangeira.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 806, de 29 de julho de 1977;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 98 e 99 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, que restringe ao estrangeiro com visto temporário o exercício de atividade remunerada, bem como a inscrição em Conselhos de fiscalização profissional;

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo único do artigo 99 do diploma legal supracitado, que prevê a inscrição temporária em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada dos estrangeiros que venham ao país, tão-somente na condição prevista no inciso V do artigo 13 da mesma lei;

CONSIDERANDO o disposto no item f do parágrafo 1º do artigo 2º do regulamento a que se refere a Lei nº 3.268/57, aprovado pelo Decreto nº 44.045/58, que exige a prova de revalidação do diploma quando o médico tiver sido formado por faculdade estrangeira;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 16 - AJ, aprovado em 12 de junho de 1997, que analisa, à luz da legislação brasileira vigente, a revalidação e reconhecimento de diplomas, certificados, títulos e graus expedidos do exterior;

CONSIDERANDO o que determina a Resolução CFM nº 1.620, de 16 de maio de 2001, que exige o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, expedido por instituição oficial de ensino;

CONSIDERANDO a definição legal da Residência em Medicina como modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, conforme determina o artigo 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

CONSIDERANDO que este treinamento em serviço, que caracteriza a Residência Médica, implica no exercício de prática profissional (atos médicos), além de ocupar de 80% a 90% da carga horária total do curso, consoante o parágrafo 2º do artigo 5º da Lei nº 6.932/81;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 26, do conselheiro Mauro Brandão Carneiro, aprovado na Sessão Plenária de 3 de outubro de 2000, que analisa as condições necessárias para o exercício profissional do médico estrangeiro com visto temporário no Brasil,

bem como a impossibilidade de o mesmo cursar a Residência Médica em instituições nacionais;

CONSIDERANDO o teor do documento intitulado "Programa de Capacitação Profissional para Médicos Estrangeiros", resultante da reunião entre o Conselho Federal de Medicina e a Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, datado de 6 de maio de 2003;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 13 de junho de 2003.

RESOLVE:

Art. 1º - O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior terão o registro para o exercício profissional no Brasil regulamentado por esta resolução.

Art. 2º - Os diplomas de graduação em Medicina expedidos por faculdades estrangeiras somente serão aceitos para registro nos Conselhos Regionais de Medicina quando revalidados por universidades públicas, na forma da lei.

Parágrafo único - O médico estrangeiro, para obter o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, deve comprovar a proficiência em língua portuguesa, nos termos da Resolução CFM nº 1.620/2001.

Art. 3º - O médico estrangeiro, com visto permanente no Brasil, pode registrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina e usufruir dos mesmos direitos dos médicos brasileiros quanto ao exercício profissional, exceto nos casos de cargo privativo de cidadãos brasileiros, sobretudo ser eleito ou eleger membros nos respectivos Conselhos, observado o disposto no artigo 2º desta resolução e de acordo com a Constituição Federal de 1988.

Art. 4º - O médico estrangeiro detentor de visto temporário no País não pode se inscrever nos Conselhos Regionais de Medicina e está impedido de exercer a profissão, salvo a exceção prevista no inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro.

Parágrafo 1º - O médico estrangeiro, portador de visto temporário, que venha ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou simplesmente médico, sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro (inciso V do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), está obrigado a inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina para o exercício de suas atividades profissionais enquanto perdurar o visto, observado o disposto no artigo 2º desta resolução.

Parágrafo 2º - Na hipótese prevista no parágrafo anterior faz-se necessária a apresentação do contrato de trabalho ou documento específico que comprove estar o médico estrangeiro a serviço do governo brasileiro, bem como os demais documentos exigidos para inscrição no respectivo Conselho.

Parágrafo 3º - Deverá constar na carteira profissional expedida pelo Conselho Regional de Medicina o período de validade da inscrição, coincidente com o tempo de duração do respectivo contrato

de trabalho.

Art. 5º - Os programas de ensino de pós-graduação, exceto a Residência Médica, oferecidos a médicos estrangeiros detentores de visto temporário, que venham ao Brasil na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), e aos brasileiros com diplomas de Medicina obtidos em faculdades no exterior, porém não revalidados, deverão obedecer as seguintes exigências:

1. Os programas somente poderão ser desenvolvidos em unidades hospitalares diretamente ligadas a instituições de ensino superior que mantenham programas de Residência Médica nas mesmas áreas, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);

2. O número de vagas de cada programa poderá variar de 1 (uma) vaga até o máximo de 30% (trinta por cento) do total de médicos residentes do primeiro ano na mesma área, credenciados pela CNRM na unidade;

3. A duração do programa não poderá exceder a autorizada pela CNRM para a Residência Médica nas mesmas áreas;

4. Não poderá haver qualquer tipo de extensão do programa, mesmo que exigida pelo país expedidor do diploma;

5. Os atos médicos decorrentes do aprendizado somente poderão ser realizados nos locais previamente designados pelo programa e sob supervisão direta de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que assumirão a responsabilidade solidária pelos mesmos;

6. É vedada a realização de atos médicos pelo estagiário fora da instituição do programa, ou mesmo em atividades médicas de outra natureza e em locais não previstos pelo programa na mesma instituição, sob pena de incorrer em exercício ilegal da Medicina, tendo seu programa imediatamente interrompido, sem prejuízo de outras sanções legais;

7. No certificado de conclusão do curso deverá constar o nome da área do programa, período de realização e, explicitamente, que o mesmo não é válido para atuação profissional em território brasileiro.

Art. 6º - O médico estrangeiro e o brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, no que couber, participarão do programa de ensino de pós-graduação desejado, nos termos do artigo anterior, somente quando cumprirem as seguintes exigências:

1. Possuir o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros, nos termos da Resolução CFM nº 1.620/2001;

2. Submeter-se a exame de seleção de acordo com as normas estabelecidas e divulgadas pela instituição de destino;

3. Comprovar a conclusão de graduação em Medicina no país onde foi expedido o diploma, para todos os programas;

4. Comprovar a realização de programa de Residência Médica

ou equivalente, em país estrangeiro, para os programas que exigem pré-requisitos (áreas de atuação), de acordo com a Resolução CFM nº 1.634/2002 e a Resolução CNRM nº 005/2002;

5. Comprovar a posse de recursos suficientes para a sua manutenção em território brasileiro durante o período de treinamento.

Parágrafo único - Caberá à instituição receptora decidir pela equivalência à Residência Médica brasileira dos estágios realizados no país estrangeiro de origem do candidato, bem como o estabelecimento de outros critérios que julgar necessários à realização do programa.

Art. 7º - Os Conselhos Regionais de Medicina devem tomar ciência da presença de médico estrangeiro, e de brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade no exterior, porém não revalidado, participantes de programa de ensino de pós-graduação em sua jurisdição, mediante comunicação formal e obrigatória do diretor técnico, preceptor ou médico investido em função semelhante, da instituição que pretenda realizar os referidos cursos.

Parágrafo 1º - Os médicos referidos no caput deste artigo terão autorização para freqüentar o respectivo programa após verificação do cumprimento das exigências desta resolução e da homologação pelo Plenário do Conselho Regional de Medicina, posteriormente encaminhada à instituição solicitante.

Parágrafo 2º - O registro da autorização prevista no parágrafo anterior será feito no prontuário do médico responsável pelo programa e no prontuário da instituição onde o mesmo será realizado.

Parágrafo 3º - Não haverá registros individuais, nos Conselhos Regionais de Medicina, dos médicos participantes dos programas.

Art. 8º - O estrangeiro, detentor de visto temporário na condição de estudante (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), que tiver concluído o curso de Medicina em faculdade brasileira somente poderá inscrever-se nos Conselhos Regionais de Medicina e exercer legalmente a profissão se obtiver o visto permanente.

Art. 9º - O médico estrangeiro, detentor de visto temporário de qualquer modalidade, não pode cursar Residência Médica no Brasil.

Parágrafo único - O brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira só poderá cursar a Residência Médica no Brasil após cumprir o disposto no caput do artigo 2º desta resolução.

Art. 10º - Os editais para a seleção de candidatos, promulgados pelas instituições mantenedoras de programas de Residência Médica, devem observar o disposto nesta resolução.

Art. 11º - Ficam revogados o Parecer CFM nº 3/86, as Resoluções CFM nº 1.615/2001 e nº 1.630/2001 e demais disposições em contrário.

Art. 12º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A Resolução CFM nº 1.615/2001, aprovada com base no Parecer CFM nº 26/2000, teve o mérito de reunir toda a jurisprudência até então existente e regulamentar as atividades profissionais dos médicos estrangeiros e dos brasileiros formados em faculdades de Medicina no exterior.

No entanto, durante sua vigência, alguns problemas foram detectados e exigiam solução. Vários debates se sucederam, e o ponto mais destacado foi a proibição de os médicos estrangeiros, que vinham ao Brasil na condição de estudantes (inciso IV do artigo 13 do Estatuto do Estrangeiro), realizarem atos médicos. Acontece que certos programas de pós-graduação exigem a prática médica, notadamente nas especialidades cirúrgicas.

A legislação que trata da Residência Médica e a Lei dos Estrangeiros proíbem que os médicos estrangeiros com visto temporário cursem esta modalidade de pós-graduação, justamente a que mais utiliza o treinamento em serviço. Ocorre que, com 80% a 90% do tempo dedicado à prática de atos médicos, a Residência Médica pressupõe responsabilidades técnicas e éticas que só os médicos habilitados e regularmente inscritos nos Conselhos de Medicina podem assumir.

Com a proibição explicitada na Resolução CFM nº1.615/2001 para a realização de atos médicos em qualquer programa de pós-graduação, os médicos estrangeiros que procurassem nosso país para aperfeiçoar seus conhecimentos não conseguiriam alcançar seus objetivos.

A Resolução CFM nº 1.630/2001, que modificou o artigo 7º da resolução anterior, permitindo a realização de Residência Médica do estrangeiro com visto temporário no país desde que tenha cursado Medicina em instituição de ensino pátrio, ou que já estivesse realizando Residência com possibilidade de pós-opção, ou continuidade do terceiro ano optativo, garantiu direitos adquiridos mas não conseguiu resolver o problema.

Além do mais, o fato de ter cursado Medicina em faculdade brasileira não dá ao médico estrangeiro com visto temporário o direito legal de cursar Residência Médica. Para fazê-la, é indispensável que esteja inscrito no Conselho Regional de Medicina, porém o visto temporário impede o registro, por força de lei.

Por iniciativa conjunta do Conselho Federal de Medicina e da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizou-se no dia 25 de abril do corrente ano uma reunião com o objetivo de encontrar os caminhos capazes de superar os problemas sem, contudo, ferir a legislação em vigor.

Na reunião, ficou claro que a polêmica não atinha-se à realização da Residência Médica pelo médico estrangeiro. Todos concordaram que a legislação restringe tal modalidade de pós-graduação aos médicos brasileiros ou a estrangeiros com visto permanente e inscrição regular nos Conselhos de Medicina. Restava, então, buscar a

regulamentação ideal que contemplasse os demais cursos de pós-graduação, tornando viável o aprendizado para os colegas de outros países que procuravam a fonte do saber na medicina pátria.

A redação dada aos artigos 5º e 6º da presente resolução incorpora a essência das decisões tomadas naquela reunião. Como se vê, a prática de atos médicos pelo estudante estrangeiro está regulamentada, ao mesmo tempo em que vários cuidados são tomados para evitar o exercício ilegal da Medicina, a exploração da mão-de-obra deste profissional por entes inescrupulosos e a assunção explícita da responsabilidade solidária pelos preceptores perante os atos praticados.

Permanece a proibição quanto à realização da Residência Médica para estrangeiros com visto temporário. No tocante aos direitos adquiridos, explicitados na Resolução CFM nº 1.630/2001 para os que já estivessem realizando Residência Médica no Brasil com possibilidade de pós-opção ou continuidade em terceiro ano optativo, restaram acolhidos na medida em que o prazo para pedidos de inscrição para a realização de Residência naquela situação seria concedido somente até 2002.

Vale notar que, ao vincular o número de vagas para os programas de pós-graduação para médicos estrangeiros ao máximo de 30% do total de residentes matriculados no primeiro ano da mesma área, a decisão fortalece os programas de Residência Médica, desestimulando qualquer iniciativa que procurasse substituí-los.

Outro item importante diz respeito ao certificado de conclusão do programa, no qual deve constar que o mesmo não é válido para atuação profissional em território brasileiro.

Ressalte-se que a nova redação proposta regulamenta também a situação do cidadão brasileiro com diploma de Medicina obtido em faculdade estrangeira, uma vez que a Resolução CFM nº1.615/2001 praticamente tratava da situação do médico estrangeiro. Note-se que a expressão "médico estrangeiro e médico brasileiro" foi omitida, procurando-se evitar qualquer discriminação entre estas supostas "categorias" de médicos.

Na verdade, a compreensão é a de que o brasileiro que se forma em Medicina no exterior é cidadão brasileiro, mas sua condição de médico é a mesma do médico estrangeiro, até que seu diploma seja revalidado no Brasil, na forma da lei. Enquanto tal não acontece, seu diploma de médico não lhe confere o mesmo status do médico brasileiro. Este, uma vez registrado no CRM, está apto a exercer a Medicina em território pátrio em toda a sua plenitude, tendo garantidas a liberdade e autonomia para a execução dos atos médicos.

Corrigindo assim as lacunas existentes nas resoluções anteriores, a presente resolução atende fielmente os anseios dos colegas estrangeiros que vêm buscar em nosso país o aprimoramento profissional, bem como as necessidades das instituições que oferecem os

programas de ensino de pós-graduação para médicos estrangeiros.

RESOLUÇÃO CFM 1.670/03

Ementa: Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO a importância do ambiente e da qualificação do pessoal envolvido para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sob sedação ou anagelsia, com uso de medicamentos para o conforto, alívio da dor e abolição de reflexos indesejáveis;

CONSIDERANDO o uso de drogas ou combinações de drogas que apresentam efeitos sobre o sistema nervoso, cardiovascular e respiratório;

CONSIDERANDO como prioritária a segurança do paciente durante o procedimento e após sua realização;

CONSIDERANDO a necessidade de se criar normas que definam os limites de segurança com relação ao ambiente, qualificação do pessoal, responsabilidades por equipamentos e drogas disponíveis para o tratamento de intercorrências e efeitos adversos;

CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM nºs. 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 13 de junho de 2003,

RESOLVE:

Art.1° - Nos ambientes em que se praticam procedimentos sob "sedação consciente" ou níveis mais profundos de sedação, devem estar disponíveis:

I - Equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável, bem como a administração de oxigênio em concentração superior à da atmosfera;

II - Medicamentos para tratamento de intercorrências e eventos adversos sobre os sistemas cardiovascular e respiratório;

III - Material para documentação completa do procedimento, devendo ficar registrado o uso das medicações, suas doses e efeitos;

IV - Documentação com critérios de alta do paciente.

Parágrafo 1° - Deve-se dar ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, instruções relativas aos cuidados sobre o período pós-procedimento, bem como informações para o atendi-

mento de emergências eventuais.

Parágrafo 2°- Todos os documentos devem ser assinados pelo médico responsável.

Art. 2°- O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico.

Art. 3° - Todas as unidades que realizarem procedimentos sob sedação profunda devem garantir os meios de transporte e hospitais que disponham de recursos para atender a intercorrências graves que porventura possam acontecer.

Art. 4° - Os anexos I e II fazem parte da presente resolução.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I
DEFINIÇÃO E NÍVEIS DE SEDAÇÃO

Sedação é um ato médico realizado mediante a utilização de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente para a realização de procedimentos médicos ou odontológicos. Sob diferentes aspectos clínicos, pode ser classificada em leve, moderada e profunda, abaixo definidas:

Sedação Leve é um estado obtido com o uso de medicamentos em que o paciente responde ao comando verbal. A função cognitiva e a coordenação podem estar comprometidas. As funções cardiovascular e respiratória não apresentam comprometimento.

Sedação Moderada/Analgesia ("Sedação Consciente") é um estado de depressão da consciência, obtido com o uso de medicamentos, no qual o paciente responde ao estímulo verbal isolado ou acompanhado de estímulo tátil. Não são necessárias intervenções para manter a via aérea permeável, a ventilação espontânea é suficiente e a função cardiovascular geralmente é mantida adequada.

Sedação Profunda/Analgesia é uma depressão da consciência induzida por medicamentos, e nela o paciente dificilmente é despertado por comandos verbais, mas responde a estímulos dolorosos. A ventilação espontânea pode estar comprometida e ser insuficiente. Pode ocorrer a necessidade de assistência para a manutenção da via aérea permeável. A função cardiovascular geralmente é mantida. As respostas são individuais.

Observação importante: As respostas ao uso desses medicamentos são individuais e os níveis são contínuos, ocorrendo, com freqüência, a transição entre eles. O médico que prescreve ou administra a medicação deve ter a habilidade de recuperar o paciente deste nível ou mantê-lo e recuperá-lo de um estado de maior depressão das funções cardiovascular e respiratória.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.671/03

ANEXO II

EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	
Oxigênio	- Sistema para fornecimento de oxigênio a 100%
Aspirador	- Sistema para aspirar secreções - Sondas para aspiração
Manutenção das Vias Aéreas	- Máscaras faciais - Máscaras laríngeas - Cânulas naso e orofaríngeas - Tubos endotraqueais - Laringoscópio com lâminas
Monitores	- Oxímetro de pulso com alarmes - Monitor cárdiaco - Aparelho para medir pressão arterial
Equipamentos para Reanimação e Medicamentos	- Balão auto-inflável (Ambu) - Desfibrilador - Drogas para a reanimação - Antagonistas: Naloxone, Flumazenil - Impressos com protocolos para reanimação (tipo ACLS)

Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar preservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO que o médico tem a obrigação de proteger o paciente e não pode delegar a outro profissional nenhum ato de sua exclusiva competência;

CONSIDERANDO a necessidade da existência de serviços pré-hospitalares para o atendimento da urgência/emergência, visando prestar assistência adequada à população;

CONSIDERANDO a definição de ATO MÉDICO, emanada nos termos da Resolução CFM nº 1.627/2001;

CONSIDERANDO que o diagnóstico é ato médico não-compartilhado e, portanto, atividade exclusiva de médico;

CONSIDERANDO que somente ao médico compete indicar, prescrever e diagnosticar como meio de auxílio no tratamento dos sintomas de diversas doenças;

CONSIDERANDO a jurisprudência sobre a matéria exarada dos Tribunais Superiores (Rep.1056-2-DF-STF);

CONSIDERANDO que após ocorrido o agravo à saúde, nas ocorrências pré-hospitalares, impõe-se a necessidade de ser efetuado diagnóstico imediato;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Decreto Lei nº 20.391/32 e as Resoluções CFM nº 1.342/91 e 1.352/92, nenhum estabelecimento de assistência médica pode funcionar sem um responsável médico;

CONSIDERANDO que os procedimentos delegados a profissionais não-médicos podem ser estabelecidos pelo médico regulador através de protocolos específicos, cabendo ao médico responsável técnico da instituição a supervisão de todas as atividades do serviço;

CONSIDERANDO que os procedimentos iniciais de terapêutica, orientações de transferência e condutas quanto ao tratamento definitivo na rede hospitalar devem ser supervisionados por médico no local ou através de sistema homologado de comunicação;

CONSIDERANDO que um adequado funcionamento do atendimento pré-hospitalar trará diminuição dos riscos em todos os agravos de urgência/emergência e o interesse público na minimização das seqüelas em vítimas de traumas, com conseqüente redução dos custos hospitalares;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina deve regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, visando que neles o desempenho ético-profissional da Medicina seja efetivo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 9/07/03,

RESOLVE:

Art. 1º - Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica.

Art. 2º - Que todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

Parágrafo único - Os serviços de atendimento pré-hospitalar vinculados a estabelecimentos hospitalares deverão ter um médico responsável técnico específico.

Art. 3º - Aprovar a "Normatização da Atividade na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar", que constitui o ANEXO I da presente resolução.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogada a Resolução CFM nº 1.529/98 e demais disposições em contrário.

"NORMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE NA ÁREA DA URGÊNCIA-EMERGÊNCIA NA SUA FASE PRÉ-HOSPITALAR"

DEFINIÇÃO E OBJETIVO

Consideramos como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida, mantendo uma relação mínima de uma ambulância para cada cem mil habitantes. Por unidade, entenda-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, além do condutor(a), treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico. Assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Na urgência-emergência deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao SUS, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais, sob coordenação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Deverá haver um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer ao critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa de treinamento continuado e supervisão médica e de enfermagem em serviço.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, com presença permanente de médico coordenador (médico regulador) que, quando pertinente, despachará o atendimento emergencial para a unidade mais próxima, colhendo, ainda, informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente. Considerando-se as particularidades regionais, os CRMs poderão normatizar sobre outro modo de regulação médica.

1) REGULAÇÃO MÉDICA

A chamada "regulação médica" das emergências é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar. Faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica ante os pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis.

1.1- A competência técnica do profissional médico é a de julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, enviar os recursos necessários ao atendimento (com ou sem a presença do médico na ocorrência), monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado ou por médico intervencionista e definir e acionar o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento. No caso de julgar não ser necessário enviar meios móveis de atenção, o médico deverá explicar sua decisão e orientar o demandante do socorro quanto a outras medidas que julgar necessárias, mediante orientação ou conselho médico que permitam ao demandante assumir cuidados ou ser orientado a buscá-los em local definido ou indicado pelo profissional médico. Em todo o caso, estamos tratando do exercício da telemedicina, onde é impositiva a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação e de atendimento no terreno e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados (tanto no setor público quanto no privado) que definam os passos e as bases para a decisão do regulador. O protocolo de regulação deve ainda estabelecer, claramente, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em nenhuma hipótese, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador.

Igualmente, os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar deverão ser concebidos e pactuados, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista quanto aos elementos de decisão e intervenção, garantindo objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes.

O monitoramento das missões é dever do médico regulador.

Como, freqüentemente, o médico regulador irá autorizar atos não-médicos por radiotelefonia (sobretudo para profissionais de enfermagem, bombeiros, policiais rodoviários, enfermeiros), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar. O médico regulador tem o dever de saber com exatidão as capacidades/habilidades de seu pessoal não-médico e médico, de forma a dominar as possibilidades de prescrição e fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisões que qualifiquem/habilitem os intervenientes.

O próprio médico regulador terá de se submeter à formação específica e habilitação formal para a função, e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica pré-hospitalar.

O regulador deverá, ainda, velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem rigorosamente o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas (uso de códigos).

A competência técnica médica do regulador se sintetiza em sua capacidade de "julgar", discernindo a urgência real da urgência aparente, e é em torno a este desafio que devemos centrar suas prerrogativas, deveres e garantias de regulamentação, sobre o que o Conselho Federal de Medicina pode e deve se manifestar.

Ao médico regulador deverão ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos como de equipamentos, para o bom exercício de sua função.

1.2- A outra competência do médico regulador refere-se à decisão gestora dos meios disponíveis, onde se insere e deve possuir autorização e regulamentação por parte dos gestores do SUS em seus níveis de coordenação operacional, notadamente nos municípios.

Cabe, nesta dimensão, a decisão médica do regulador sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, dentre suas disponibilidades, a resposta mais adequada a cada situação. Suas prerrogativas devem, ainda, se estender à decisão sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, considerando o conceito de que nas emergências não existe número fechado de leitos ou capacidade limite a priori. O médico pode também acionar planos de atenção a desastres, pactuados com os outros interventores nestas situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de emergência. Também em situações excepcionais poderá requisitar recursos privados, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes. O regulador do sistema público de emergências terá, obrigatoriamente, que ser consultado pela atenção pré-hospitalar privada, sempre que esta conduzir paciente ao setor público. O regulador deverá contar, ainda, com acesso à Central de Internações, de forma a que possa ter as informações necessárias e o

poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados em relação às suas necessidades.

É desejável que, através de pactuação com todos os setores sociais pertinentes, o médico regulador seja reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres devidamente estabelecidos e documentados.

O setor privado que atua em atendimento pré-hospitalar deverá contar, obrigatoriamente, com médicos reguladores e de intervenção, o que pode ser exigido, inclusive, nos códigos municipais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas ao regulador público sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-emergencial.

Em caso de necessidade de atuar como porta-voz em situações de interesse público, o médico regulador deverá se manter nos limites do sigilo e da ética médica.

2) DEFINIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A) Profissionais não oriundos da área de saúde:

A-1. TELEFONISTA - Auxiliar de Regulação

Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população. Trabalha em centrais de comunicação (regulação médica), podendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é diretamente supervisionada por profissionais médicos em regime de disponibilidade integral (24 horas).

A-2. CONDUTOR

Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação nos assuntos referentes ao manejo do paciente é diretamente supervisionada pelos profissionais da equipe.

OBS: Nesta categoria incluem-se pilotos de aeronaves aeromédicas ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações, etc.) destinados a transportar pacientes.

A-3. BOMBEIROS, AGENTES DE DEFESA CIVIL e POLICIAIS

Profissionais que serão habilitados, após treinamento específico em instituições ligadas ao SUS, para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Fazem intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou a distância, utilizando materiais e equipamentos especializados. As atividades dos bombeiros atendem aos princípios constitucionais que estabelecem suas competências para atendimento e proteção da vida.

A- 4. RÁDIO OPERADOR

Profissional de nível básico, habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

B) Profissionais oriundos da área de saúde:

B-1. PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Profissionais habilitados para o atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, são habilitados a realizar procedimentos, sob prescrição médica, na vítima do trauma e de outras emergências médicas, no âmbito de sua qualificação profissional.

B-2. ENFERMEIRO

Profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalares, inclusive cursos de capacitação dos profissionais do sistema e ações de supervisão e educação continuada dos mesmos. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem – Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

B-3. MÉDICO

Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida em ambulâncias e coordenação do sistema.

3) PERFIL PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS

Requisitos Gerais para todos os profissionais:

- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Manter sigilo profissional;
- Capacidade de trabalhar em equipe.
- Treinamento em suporte básico de vida.

COMPETÊNCIAS:

3-1. TELEFONISTA

- Atender solicitações telefônicas da população;
- Anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio;
- Prestar informações gerais ao solicitante;
- Auxiliar o médico regulador nas suas tarefas;
- Estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;
- Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência, para colher dados e trocar informações;
- Anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço;
- Obedecer aos protocolos de serviço;
- Atender às recomendações do médico regulador.

3-2. CONDUTOR

- Trabalhar em regime de plantão, operando veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes;
- Conhecer integralmente o veículo e seus equipamentos, tanto a parte mecânica quanto os equipamentos médicos;
- Realizar manutenção básica do veículo;
- Auxiliar a equipe de atendimento no manejo do paciente, quando solicitado;
- Estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a Central de Comunicação (regulação médica) e seguir suas orientações;
- Conhecer a malha viária local;
- Conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local.

3-3. BOMBEIROS, AGENTES DE DEFESA CIVIL e POLICIAIS

- Avaliação da cena com identificação de mecanismo do trauma;
- Conhecer os equipamentos de bioproteção individual e sua necessidade de utilização;
- Realizar manobras de extricação manual e com equipamentos próprios;
- Garantir sua segurança pessoal e das vítimas no local do atendimento e realizar o exame primário, avaliando condições de vias aéreas, circulação e estado neurológico;
- Ser capaz de transmitir, via rádio, ao coordenador médico, a correta descrição da vítima e da cena;
- Conhecer as técnicas de transporte do politraumatizado;
- Realizar suporte do politraumatizado;
- Saber observar sinais diagnósticos, cor da pele, tamanho das pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de movimentação e reação à dor;
- Medir e avaliar sinais vitais, pulso e respiração e situar o estado da vítima nas escalas de trauma e coma, se for o caso;
- Identificar situações de gravidade nas quais a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada em face da urgência da intervenção hospitalar (exemplo: ferida perfurante de tórax);
- Colher informações do paciente e da cena do acidente, procurando evidências de mecanismos de lesão;
- Manter as vias aéreas permeáveis, com manobras manuais e com equipamentos disponíveis no veículo de emergência (cânulas orofaríngeas);
- Administrar oxigênio e realizar ventilação artificial utilizando meios naturais e equipamentos disponíveis no veículo de emergência (cânulas, máscaras, ambu, cilindro de oxigênio);
- Realizar circulação artificial pela massagem cardíaca externa;
- Saber operar o aparelho de desfibrilação semi-automática;
- Controlar sangramento externo evidente, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;

- Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna cervical, utilizando tábuas e outros equipamentos de imobilização e transporte;

- Reavaliar os sinais vitais e completar o exame do paciente;

- Aplicar curativos e bandagens, inclusive nos casos de queimaduras e ferimentos nos olhos;

- Imobilizar coluna e membros fraturados, utilizando os equipamentos disponíveis no veículo de emergência;

- Oferecer o primeiro atendimento a traumatismos específicos (curativos em três pontos, curativo abdominal, olhos e orelhas, queimaduras, etc.);

- Reconhecer os períodos do parto, dar assistência ao parto normal em período expulsivo e prestar os primeiros cuidados ao recém-nato;

- Oferecer o primeiro atendimento às gestantes e crianças traumatizadas;

- Realizar abordagem inicial (conforme itens anteriores) e oferecer atendimento a pacientes especiais, doentes mentais, alcoólatras e suicidas;

- Idealmente, ser portador de habilitação para dirigir a ambulância;

- Utilizar instrumentos de monitorização não-invasiva conforme protocolo local autorizado (pressão arterial, cardioscópio, oxímetro de pulso, etc.);

- Estabelecer contato com a Central de Comunicação (regulação médica), para repassar dados e seguir obrigatoriamente suas determinações;

- Conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;

- Ser capaz de preencher os formulários e registros obrigatórios do serviço;

- Ser capaz de repassar as informações pertinentes ao atendimento à equipe médica do hospital ou instituição de saúde que receberá o paciente.

3-4. RÁDIO OPERADOR

- Operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação;

- Exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar;

- Manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota;

- Conhecer a malha viária e as principais vias de acesso a todas as áreas do(s) município(s) abrangido(s) pelo sistema de atendimento pré-hospitalar local.

3-5. PESSOAL DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

- Todas as competências e atributos listadas para os bombeiros e policiais rodoviários;

- Habilitação profissional como técnico de enfermagem;

- Administração de medicamento por via oral e parenteral, sob prescrição médica e supervisão de enfermagem.

3-6. ENFERMEIRO

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;

- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;

- Participar da formação dos bombeiros, policiais rodoviários e dos demais profissionais na área de urgência/emergência pré-hospitalar;

- Prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;

- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes nos atendimentos pré-hospitalares e proporcionar-lhes supervisão em serviço;

- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;

- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área.

- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem – Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

3-7. MÉDICO

- Exercer a regulação médica do sistema, compreendendo: recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;

- Manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema;

- Prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar;

- Exercer o controle operacional da equipe assistencial;

- Fazer controle de qualidade do serviço, nos aspectos inerentes à sua profissão;

- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes no atendimento pré-hospitalar e subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;

- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade, caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área.

- Quando investido no cargo de diretor técnico do serviço, deverá efetuar a supervisão geral e demais atividades pertinentes à função.

4) CONTEÚDO CURRICULAR

O conteúdo técnico-científico referente à capacitação para início das atividades profissionais em nível pré-hospitalar pode ser dividido em módulos comuns. Para todos os profissionais, os módulos são, de modo geral, os mesmos. Há necessidade, porém, da separação de alguns dos módulos propostos em conhecimentos básicos e conhecimentos avançados, a fim de propiciar, especialmente, a diferenciação dos aspectos práticos do treinamento. O conteúdo do treinamento deve seguir a seguinte divisão:

Módulos Básicos: para capacitação de telefonistas, motoristas, bombeiros militares, policiais rodoviários e técnicos em emergências médicas;

Módulos Avançados: para capacitação de médicos e enfermeiros;

Módulos Comuns: para capacitação de todos os profissionais, contendo o mesmo conteúdo e carga horária.

Todos os módulos comportam exposições teóricas e exercícios práticos, sendo sugerido o método didático de problematização (estudo por problemas) como modelo pedagógico a ser adotado. Sendo assim, os cursos de capacitação devem alternar exposições teóricas, estudo de cenários e sessões de treinamento de habilidades práticas.

Os instrutores, de modo geral, são da área da saúde (médicos e enfermeiros), salvo nos capítulos específicos de outras atividades profissionais: radiocomunicação, extricação de ferragens, salvamento terrestre e em altura, direção defensiva e cargas perigosas, capacitação pedagógica e gerencial.

4-1. MÓDULO COMUM - Todos os profissionais

I) Introdução ao atendimento pré-hospitalar

- Qualificação pessoal
- Atendimento pré-hospitalar
- Sistema de saúde local
- Radiocomunicação
- Telefonia
- Rotinas operacionais
- Biocinética /cinemática do trauma
- Registros e documentos

4-2. MÓDULOS BÁSICOS - Telefonista, motorista, bombeiros, policiais militares, policiais rodoviários e técnicos em emergenciais médicas

I – Regulação médica

II – Abordagem do paciente

- Anatomia e fisiologia
- Abordagem do paciente
- Abordagem do politraumatizado
- Manejo de vias aéreas
- Ressuscitação cardiopulmonar

- Oxigenoterapia
- Monitorização
- Biossegurança

III – Emergências clínicas

- Abordagem de sinais vitais em emergências: cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrintestinais, geniturinárias, endócrino-metabólicas, oftalmo/otorrinolaringológicas

IV – Intervenções específicas

- Intoxicações/envenenamentos
- Lesões térmicas
- Afogamento
- Assistência ao parto
- Emergências psiquiátricas/suicidas/alteração comportamental
- Catástrofes/desastres

V – Trauma

- Ferimentos/hemorragias/bandagens
- Sinais de choque
- Imobilizações: coluna/extremidades
- Manejo de gestantes/crianças

VI – Remoção de vítimas; remoção/extricação de ferragens; salvamento terrestre/altura

VII – Estágios práticos

VIII – Trânsito - Direção defensiva

- Produtos perigosos

4-3. MÓDULOS AVANÇADOS - médicos e enfermeiros

I – Regulação médica

II – Abordagem do paciente

- Manejo de vias aéreas
- Manejo da parada cárdiopulmonar
- Oxigenoterapia Monitorização

III – Emergências clínicas cardiológicas, respiratórias, neurológicas, gastrintestinais, geniturinárias, endócrino-metabólicas, oftalmo /otorrinolaringológicas

IV – Situações especiais

- Intoxicações/envenenamentos
- Lesões térmicas
- Afogamento
- Emergências obstétricas
- Emergências psiquiátricas
- Catástrofes/desastres
- Sedação/analgesia
- Identificação do óbito.

V – Trauma

- Controle de hemorragias
- Manejo do choque hipovolêmico
- Manejo do trauma de tórax, abdômen, raquimedular

- Músculo-esquelético, crânio, olhos/ouvidos
- Trauma na gestante
- Trauma na criança.

VI – Remoção de vítimas

- Remoção/extricação de ferragens
- Salvamento terrestre/altura.

VII – Estágios práticos.

VIII – Trânsito -Produtos perigosos

IX – Capacitação profissional

- Capacitação pedagógica
- Capacitação gerencial

O conteúdo de cada item dos módulos deve ser adaptado ao nível profissional (médico ou enfermeiro), porém a carga horária e o número de itens são os mesmos.

5) AVALIAÇÃO

A avaliação dos profissionais submetidos aos cursos de capacitação deve ser formalizada de modo a permitir o uso de critérios objetivos. Deve-se priorizar o desempenho prático do aluno como critério fundamental, sem porém subvalorizar a avaliação teórica. Os agentes que devem realizar a avaliação devem ter vivência prática no sistema pré-hospitalar.

6) CERTIFICAÇÃO

A certificação dos profissionais atuantes no sistema pré-hospitalar deve ser obtida através de Centros de Capacitação, constituídos sob coordenação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais. Os médicos responsáveis técnicos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar deverão supervisionar a documentação de todos os profissionais participantes de suas respectivas instituições.

6-1. OS CENTROS DE CAPACITAÇÃO DEVEM PROVER

- cursos regulares de habilitação integral de novos profissionais;
- cursos modulares para habilitação progressiva dos profissionais já atuantes em sistemas pré-hospitalares e que ainda não possuem a certificação formal;
- cursos de reciclagem dos profissionais, com o intuito de renovar sua certificação;
- mecanismos de educação continuada, estabelecidos em conjunto com os serviços pré-hospitalares atuantes na área de sua abrangência, envolvendo atividades de supervisão e treinamento em serviço;
- desenvolvimento obrigatório do currículo mínimo de capacitação;
- aceitação exclusiva de candidatos enquadrados no perfil profissional preestabelecido;
- formalização de convênios interinstitucionais para o desempenho de suas funções, com o aval do gestor de saúde local e/ou regional.

6-2. Os serviços pré-hospitalares devem prover condições para a re-capacitação, desenvolvida junto aos Centros de Capacitação, cabendo ao médico responsável avaliar a qualidade e o desempenho do serviço, sugerindo as reavaliações e treinamentos para a manutenção da qualidade da assistência.

NORMAS PARA VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

1- AMBULÂNCIAS

I - Conceito e definições

I 1. Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) exclusivamente destinado ao transporte de enfermos.

I 2. As dimensões e outras especificações do veículo deverão obedecer às normas da ABNT.

II - Classificação das ambulâncias

II 1. As ambulâncias são classificadas em :

Tipo A - Ambulância de transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

Tipo B - Ambulância de suporte básico: veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e transporte inter-hospitalar, contendo apenas os equipamentos mínimos à manutenção da vida.

Tipo C - Ambulância de resgate: veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo os equipamentos necessários à manutenção da vida.

Tipo D - Ambulância de suporte avançado (ASA) ou ambulância UTI móvel: veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

Tipo E - Aeronave de transporte médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes.

Tipo F - Nave de transporte médico: veículo motorizado hidroviário destinado ao transporte de pacientes por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento dos mesmos conforme sua gravidade.

2. OUTROS VEÍCULOS

2.I - Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco sentados (ex. pacientes crônicos, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

2. II - Veículos de intervenção rápida (veículos leves) para transporte de médicos e/ou equipamentos especiais para ajuda no atendimento de campo.

III – Materiais e equipamentos das ambulâncias

III 1. As ambulâncias deverão ter no mínimo dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

III 1.1. Ambulância de transporte (tipo A):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (obrigatório apenas para ambulâncias que façam parte do sistema de atendimento pré-hospitalar); maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto; luvas descartáveis; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; pacotes de gaze estéril.

III 1.2. Ambulância de suporte básico (tipo B):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo (e móvel opcional); maca com rodas e articulada; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com tripla saída, para permitir a alimentação do respirador; fluxômetro e umidificador de oxigênio; aspirador tipo Venturi: pranchas curtas e longas para imobilização de coluna, maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; luvas descartáveis; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; talas para imobilização e conjunto de colares cervicais; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gazes estéreis e braceletes de identificação.

III l. 3. Ambulância de Resgate (tipo C);

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; suporte para soro, desfibrilador semi-automático, oxímetro de pulso portátil, instalação de rede de oxigênio como descrita no item anterior; prancha longa para imobilização de coluna; prancha curta ou colete imobilizador; conjunto de colares cervicais; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; maleta de emergência como descrita no item anterior, acrescida de protetores para queimados ou eviscerados; maleta de parto como descrito no item anterior; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

Materiais de resgate dos Corpos de Bombeiros, conforme normatização específica dos mesmos, não deverão ser componentes das ambulâncias tipo C mas sim fazer parte de veículos específicos dessas corporações.

III 1. 4. Ambulância de Suporte Avançado (tipo D), também denominada ambulância UTI móvel:

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte, com alarmes de desconexão de circuito, pressão alta em vias aéreas, falha de ciclo, baixa pressão de gás, PEEP até 15 cm de H_2O; monitor multiparâmetro ou aparelhos separados contendo, no mínimo, oximetria de pulso, pressão arterial não - invasiva; unidade geradora de marca-passo transvenoso portátil; eletrocardiógrafo capaz de registrar ECG de 12 derivações; monitor cardíaco e cardioversor com marca-passo externo com bateria e instalação elétrica disponível; duas ou mais bombas de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml para insuflar o "cuf"; ressuscitador manual adulto/infantil; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/ infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyl; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; drenos para tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antiséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecção de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 4 vias; frascos de solução salina; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; frascos de drenagem de tórax; extensões para drenos torácicos; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

III l. 5 Aeronave de Transporte Médico (tipo E):

Deverá conter os mesmos equipamentos descritos para as ambulâncias de suporte avançado, tanto adulto como infantil, com as adaptações necessárias para o uso em ambientes hipobáricos, homologados pelos órgãos competentes.

III 1. 6. Nave de Transporte (tipo F):

Poderá ser equipada como descrito nas ambulâncias de tipos A, B ou D, dependendo da finalidade de emprego.

III 2. Transporte de paciente neonatal:

Deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a. incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b. Respirador de transporte neonatal;

c. Nos demais itens deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

IV. Medicamentos

IV. 1. Medicamentos obrigatórios que deverão constar em toda ambulância de suporte avançado, aeronaves e naves de transporte médico (tipos D, E ,F).

a) Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;

b) Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%;

c) Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepan; midazolan;

d) Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; nifedipina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatosideo C.

V. Identificação

V.1. – As ambulâncias do tipo B, C, D e E serão identificadas com símbolo próprio indicativo dos serviços de resgate e emergências.

VI. Tripulação mínima

VI. 1 – Ambulância do tipo A: motorista

VI. 2 - Ambulância do tipo B: motorista com treinamento em APH e um auxiliar de enfermagem habilitado em APH.

VI. 3 - Ambulância do tipo C: dois profissionais com treinamento em APH e resgate e motorista capacitado em APH.

VI. 4 - Ambulância do tipo D: motorista, enfermeira e médico com treinamento em APH.

VII.5 - Aeronaves e naves devem ter tripulação equivalente, conforme a gravidade do paciente a ser resgatado ou transportado.

VII. Requisitos gerais

VII. 1 - Cada veículo deverá ser mantido em bom estado de conservação e em condições de operação.

VII. 2 - O uso de sinalizador sonoro e luminoso somente será permitido durante a resposta aos chamados de emergência e durante o transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor.

VII. 3 - A maca deverá ter um sistema de fixação no veículo e cintos de segurança em condições de uso. Os cintos de segurança são também obrigatórios para todos os passageiros.

VII. 4 - É obrigatória a desinfecção do veículo após o transporte de pacientes portadores de moléstia infectocontagiosa, antes de sua próxima utilização, de acordo com a Portaria MS nº 930/92.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003

Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958,e

CONSIDERANDO que os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são os órgãos supervisores e disciplinadores da classe médica, bem como fiscalizadores do exercício profissional médico, devendo, portanto, zelar pelas condições adequadas dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atividade médica é procurar preservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde e melhorar a qualidade e a eficácia do tratamento emergencial;

CONSIDERANDO a existência de serviços de atendimento pré-hospitalar que prestam atendimentos de urgência/emergência à população, com veículos já padronizados;

CONSIDERANDO que o transporte de pacientes através de ambulâncias, com os equipamentos necessários e competente classificação, está devidamente estabelecido pelas Resoluções CFM nº 1.671/2003 e nº 1.596/2000 (transporte aeromédico), além de normatização específica do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo A, denominada ambulância de transporte, é o veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo B, denominada ambulância de suporte básico, é o veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e transporte inter-hospitalar, contendo apenas os equipamentos mínimos à manutenção da vida;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo C, denominada ambulância de resgate é o veículo de atendimento de emergências pré-hospitalares de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo os equipamentos necessários à manutenção da vida;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo D, denominada ambulância de suporte avançado (ASA) ou ambulância UTI móvel, é o veículo destinado ao transporte de pacientes de alto risco de emergências pré-hospitalares e transporte inter-hospitalar, contendo os equipamentos médicos necessários para esta função, sendo obrigatória, quando em serviço a presença do médico em seu interior;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo E, denominada aeronave de transporte médico, é a aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes;

CONSIDERANDO que a ambulância tipo F, denominada nave de transporte médico, é o veículo motorizado hidroviário destinado ao transporte de pacientes por via marítima ou fluvial, devendo possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento dos mesmos conforme sua gravidade;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Decreto Lei nº 20.391/32 e as Resoluções CFM nºs 1.342/91 e 1.352/92, nenhum estabelecimento de assistência médica pode funcionar sem um responsável médico;

CONSIDERANDO que os procedimentos e orientações nas ações de transferência da rede hospitalar devem ser supervisionados por médico, não podendo este se omitir na sua função tutelar da vida como bem indisponível;

CONSIDERANDO que os Conselhos devem regulamentar as condições dos transportes inter-hospitalares no atendimento prestado à população, visando que neles o desempenho ético-profissional da Medicina seja efetivo;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 9/07/03,

RESOLVE:

Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I- O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.

a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX- O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens, deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art. 2º - Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673/03

Ementa: A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);

CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003,

RESOLVE:

Art.1° - Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

Art. 2º- Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Parágrafo único - As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais.

Art. 3° - Revogue-se as disposições em contrário.

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.674/2003

Considera a Litrotripsia Extracorpórea por Onda de Choque um ato médico e estabelece critérios para sua realização.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das suas atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO ser a Litrotripsia Extracorpórea por Onda de Choque (LEOC) uma terapêutica da litíase urinária não isenta de riscos ou acidentes durante ou após o procedimento, em virtude da alta energia transcorpórea empregada;

CONSIDERANDO a existência de numerosos serviços em atividade no país, empregando equipamentos de tecnologia diversa, tanto em relação ao sistema e à potência das ondas de choque quanto ao uso de ultra-sonografia ou radioscopia para localizar os cálculos;

CONSIDERANDO a necessidade de resguardar a integridade física dos pacientes, bem como normatizar o relacionamento ético entre os vários profissionais envolvidos no procedimento, e entre estes e as entidades assistenciais;

CONSIDERANDO os Pareceres CFM nº 15/92 e 949/2003, e as Resoluções CREMESP nº 69/95 e CREMERJ nº 156/00

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 10 de setembro de 2003,

RESOLVE:

Art 1º - A litotripsia extracorpórea é procedimento terapêutico para tratamento da litíase urinária, podendo ser empregado como alternativa à cirurgia, ou de forma complementar a esta.

Art 2º - Os serviços de litotripsia extracorpórea devem contar com recursos suficientes para o atendimento de emergências - material para suporte respiratório, ressuscitação, monitorização e manutenção de vida - bem como sistema de transporte para eventual emergência que necessite de cirurgia imediata.

Parágrafo único - Os serviços situados fora das dependências hospitalares devem manter convênio com um hospital de referência, previamente definido, dotado de recursos para atendimento de emergências cirúrgicas, para encaminhamento automático e atendimento imediato.

Art 3º - A LEOC é um ato médico e sua indicação é de exclusiva competência do médico responsável pelo paciente (médico assistente).

Art 4º - A aplicação da litotripsia extracorpórea é realizada por médico com treinamento específico para operar o equipamento (médico executor).

Art 5º - Compete ao médico que realiza a LEOC o acompanhamento do paciente durante o procedimento, bem como o atendimento ao mesmo em virtude de possíveis intercorrências e/ou complicações.

Art 6º - As complicações porventura ocorridas após o procedimento, tais como hemorragias, rupturas, dores e outras, dependendo da gravidade ou intensidade, devem preferencialmente ser atendidas pelo médico que executou a LEOC.

Parágrafo único - Compete também ao médico que executou o procedimento referenciar o paciente ao médico que o indicou, mediante relatório e informações sobre intercorrências e/ou complicações.

Art 7º - Cabe o recebimento de honorários pelo médico que executa o procedimento.

Parágrafo único - O pagamento de honorários por acompanhamento da LEOC, pelo assistente e/ou outro médico, chamado(s) pelo médico executor, poderá ocorrer em situações clínicas especiais, devidamente justificadas tecnicamente, demonstrando benefício ao paciente.

Art 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

II. RESOLUÇÕES DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

Nº Assunto

04/99 - Material mínimo necessário para assistência pediátrica *(p.363)*

03/00 - Refere-se ao exercício da especialidade de Cirurgia Plástica e dá outras providências *(p.364)*

04/00 - Cria as Câmaras Técnicas *(p. 207)*

05/00 - Cria a Câmara Técnica de Perinatologia

01/01 - Autoriza a Consultoria Jurídica do Cremers a tomar providências em defesa do médico processado ou ameaçado de processo por se negar a entregar documentos referentes a segredo médico *(p.71)*

07/01 - Homologa o valor mínimo dos honorários para remunerar o trabalho médico na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul *(p.366)*

02/02 - Cria a Coordenação Geral das Câmaras Técnicas, dispõe sobre as suas atribuições e aprova as normas operacionais das Câmaras Técnicas *(p.208)*

03/02 - Cria Câmaras Técnicas de Acupuntura, Alergia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Ética Médica e Bioética, Gastroenterologia, Homeopatia, Infectologia, Medicina Desportiva, Medicina Geral Comunitária, Medicina Intensiva, Medicina do Trabalho, Neurologia e Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatra e Radiologia.

04/02 - Cria Câmara Técncia de Fisiatria, Informática e Saúde, Nefrologia e Urologia

07/02 - Cria Câmara Técnica de Clínica Médica

09/02 - Cria Câmaras Técnicas de Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Torácica e Emergência

10/02 - Cria Câmaras Técnicas de Hematologia e Nutrologia

11/02 - Cria Câmaras Técnicas de Geriatria e Cirurgia Geral

03/03 - Cria Câmaras de Julgamento e de Sindicâncias

09/03 - Cria a Ouvidoria/Consultoria *(p.367)*

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 04/99

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições, conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998,

CONSIDERANDO que os conselhos são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO que a responsabilidade fundamental da atuação do médico é procurar conservar a vida, aliviar o sofrimento, promover a saúde, melhorar a qualidade e a eficácia dos tratamentos, porquanto a saúde do ser humano é o alvo de toda a sua atenção;

CONSIDERANDO a manifestação da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul e Sociedade Brasileira de Pediatria, no que concerne às condições mínimas materiais para uma sala de parto;

CONSIDERANDO que os Conselhos devem regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços hospitalares, no atendimento à população, a fim de que se possa desenvolver um efetivo desempenho ético-profissional do médico;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária do dia 23 de julho de 1999;

RESOLVE:

Artigo Primeiro - É considerado como material mínimo necessário para assistência pediátrica ao parto o seguinte:

- Fonte de calor;
- Fonte de oxigênio com fluxômetro;
- Aspirador de vácuo com manômetro;
- Sondas traqueais (nos 8, 10 e 12);
- Adaptador para aspiração de mecônio;
- Balão auto-inflável com capacidade máxima de 750 ml, válvula de segurança e reservatório de oxigênio;
- Máscara para recém-nascido de termo e pré-termo;
- Sonda de Guedel neonatal;
- Laringoscópio com lâmina reta (nos 0 e 1);
- Cânulas traqueais de diâmetro uniforme (nos 2,5 - 3,0 - 3.5 - 4,0):
- Fio-guia;
- Tintura de benjoim e esparadrapo;
- Pilhas e lâmpadas sobressalentes;
- Adrenalina (1:1000);

- Bicarbonato de Sódio (3% - 5% - 8,4% ou 10%);
- Expansores de volume: albumina 5% - S.F. 0,9% ou Ringer-lactato;
- Naloxona;
- Dopamina;
- Ampolas de água destilada;
- Seringas (20, 10 e 1 cc);
- Agulhas de 20x32 e bureta de microgotas;
- Cabo de bisturi com lâmina reta;
- Cadarço estéril;
- Porta-agulhas;
- Fio agulhado 3-0;
- Luvas, compressas e gazes estéreis;
- Estetoscópio neonatal.

Artigo Segundo - Os Diretores Técnicos dos Hospitais são responsáveis pelo fiel cumprimento desta Resolução.

Artigo Terceiro - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 23 de julho de 1999

RESOLUÇÃO CREMERS N.º 03/2000

Refere-se ao exercício da especialidade de Cirurgia Plástica e dá outras providências

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n.º 3.268/57, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045/58,

CONSIDERANDO que a CIRURGIA PLÁSTICA é uma especialidade médica reconhecida pelo CFM;

CONSIDERANDO que para sua prática a CIRURGIA PLÁSTICA requer um conjunto de pré-requisitos e conhecimentos científicos e técnicos adquiridos na graduação e/ou pós-graduação (residência médica e/ou especialização);

CONSIDERANDO que a CIRURGIA PLÁSTICA se propõe a corrigir alterações anatômicas, congênitas, degenerativas ou adquiridas e suas conseqüências, sendo exercida objetivando beneficiar os pacientes do ponto de vista anatômico, funcional e psicológico, visando sua reintegração à família e/ou à sociedade com reflexos sobre sua qualidade de vida;

CONSIDERANDO que a publicidade médica é matéria disciplinada pelo Código de Ética Médica, por Resolução específica do CFM e também pela legislação comum e penal – Lei N.º 8.078/90,

devendo a mesma submeter-se aos limites da discrição, sobriedade e veracidade, sendo proibida a propaganda enganosa;

CONSIDERANDO a diversidade de resposta biológica e as características genéticas dos pacientes ante o atual estado da técnica;

CONSIDERANDO que o trabalho médico se constitui numa atividade profissional de meio e não de resultado;

CONSIDERANDO, finalmente, a deliberação do Corpo de Conselheiros do CREMERS, em Reunião Plenária realizada em 04 de julho de 2000.

RESOLVE:

Art. 1º - Na CIRURGIA PLÁSTICA, como em todos os demais procedimentos médicos, o profissional não pode prometer, garantir ou assegurar o sucesso do tratamento, tendo de informar correta e previamente o paciente sobre os benefícios e riscos dos procedimentos, obtendo do mesmo o consentimento após essa informação.

Art. 2º - Quando atuar como consultor em assuntos da especialidade em publicações não científicas, o médico deve restringir sua participação exclusivamente aos aspectos educativos de tais matérias.

Art. 3º - É vedada a divulgação sensacionalista ou promocional de procedimentos de CIRURGIA PLÁSTICA na imprensa leiga sob a forma de anúncios publicitários, entrevistas e reportagens, bem como a exposição de imagens de atos médicos e/ou seus resultados em pacientes. A presente vedação não atinge as informações de caráter nitidamente educativo.

Art. 4º - É vedada ao médico a divulgação de preços e custos com objetivos promocionais, bem como de financiamento de tratamentos.

Art. 5º - É vedada a oferta de cirurgias plásticas como prêmios ou qualquer outra forma de promoção comercial ou de propaganda.

Art. 6º - É vedada a execução de procedimentos de cirurgia plástica em locais que não possuam alvará ou licença de funcionamento expedidos pelos órgãos competentes e na forma de lei.

Art. 7º - É vedada a execução de procedimentos de cirurgia plástica em locais que não apresentem segurança para a prática médica e eventuais intercorrências.

Art. 8º - O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul promoverá, no uso de suas atribuições, a fiscalização, nesses locais, das condições do exercício da medicina e, especialmente, do cumprimento de suas Resoluções e daquelas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 9º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Porto Alegre, 04 de julho de 2000

RESOLUÇÃO CREMERS Nº 07/2001

Homologa o valor mínimo dos honorários para remunerar o trabalho médico na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº 44.045/58,

CONSIDERANDO o que dispõem os artigos 3º e 86 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO o disposto no Artigo 8º, inciso III da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o médico tem legislação específica para determinar sua remuneração com vínculo empregatício, via CLT, não a tendo para remunerá-lo nas demais relações de trabalho;

CONSIDERANDO a deliberação da Assembléia Geral dos médicos domiciliados na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul;

CONSIDERANDO a decisão da Sessão Plenária de 04 de dezembro de 2001;

RESOLVE:

Artigo 1º - Homologar como valores mínimos e éticos para remunerar o trabalho médico, na área de jurisdição do Sindicato dos Médicos de Caxias do Sul, aqueles determinados pela Assembléia Geral dos médicos da região.

Parágrafo Único - Os valores referidos no caput são os constantes da relação anexada a esta Resolução, sendo parte integrante da mesma.

Artigo 2º - Atendendo aos interesses dos médicos, dos usuários e a realidade do mercado, é permitida a flexibilização dos valores até a implantação naquela área, sempre tendo como referência os valores estabelecidos no Artigo 1º.

Artigo 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

Publique-se.

Sala de Sessões do CREMERS, dia 04 de dezembro de 2001.

RESOLUÇÃO CREMERS n.º 09/2003

O **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul,** no uso das atribuições que lhe conferem a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, e o Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando a necessidade de maior integração do Cremers com a comunidade médica e com as empresas ligadas ao exercício da Medicina registradas no Conselho;

Considerando a possibilidade de viabilizar soluções e respostas mais rápidas para questões atinentes ao exercício ético da Medicina;

Considerando a necessidade de ouvir os anseios e dificuldades dos médicos sob sua jurisdição;

Considerando a decisão da Sessão Plenária de 23 de setembro de 2003;

RESOLVE:

Artigo Primeiro: Fica criada a **Ouvidoria-Consultoria**.

Artigo Segundo: São atribuições dos ***Ouvidores-Consultores***:

- ouvirem pessoas envolvidas direta ou indiretamente com o exercício de Medicina acerca de questões éticas pertinentes ou em relação ao funcionamento do Conselho;
- viabilizarem respostas, orientações e soluções de forma rápida, sempre que possível e dentro dos meios ao seu alcance ou encaminhá-las ao setor cabível.

Parágrafo Único: os ***Ouvidores-Consultores*** deverão comunicar à Diretoria as questões postas e as soluções propostas.

Artigo Terceiro: A **Ouvidoria/Consultoria** será constituída por três Conselheiros, sendo um coordenador, nomeados pela Diretoria *"ad referendum"* do Plenário, ficando vinculados diretamente à Presidência do Cremers.

Artigo Quarto: Os membros da ouvidoria farão jus à percepção de diárias, verbas de representação e jetons, na forma definida pela Resolução Cremers nº 02/2003.

Artigo Quinto: Ficam revogadas as disposições em contrário.

Publique-se.

Sala de Sessões do Plenário do Cremers, aos 23 de setembro de 2003.

Este manual foi lançado no I Encontro das Delegacias Seccionais e
I Encontro de Câmaras Técnicas - Gestão 2003/2008 em 6 de dezembro de 2003.

Projeto e Produção Gráfica

Stampa.

Av. Getúlio Vargas, 774/402 ● Porto Alegre - RS
(51) 3023.4866 ● stampa@stampadesign.com
www.stampadesign.com